

Titta Korteniemi

**SAVUTTOMUUDEN EDISTÄMINEN POHJOIS-POHJANMAAN  
SAIRAANHOITOPIIRISSÄ**

# **SAVUTTOMUUDEN EDISTÄMINEN POHJOIS-POHJANMAAN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ**

Titta Korteniemi  
Opinnäytetyö  
Syksy 2014  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Terveysten edistämisen koulutusohjelma  
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

# TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Terveysten edistämisen koulutusohjelma

---

Tekijä: Titta Korteniemi

Opinnäytetyön nimi: Savuttomuuden edistäminen Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä

Työn ohjaajat: Yliopettaja, TtT yliopettaja Hilikka Honkanen, TtT yliopettaja Pirkko Sandelin, TtM lehtori Minna Perälä

Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: syksy 2014

Sivumäärä: 67 sivua + 14 liitesivua

---

Tupakointi on yksi merkittävä sairastavuutta ja ennen aikaista kuolleisuutta aiheuttava riskitekijä. Tupakan aiheuttamista sairauksista koituu myös mittavia yhteiskunnallisia kustannuksia.

Kehittämistyön tarkoituksena oli kartoittaa Oulun yliopistollisen sairaalan tupakkahoitajaverkoston nykytila sekä kehittämistarpeet. Tarkoituksena oli myös selvittää sairaanhoitopiirin hoitohenkilökunnan suhtautumista, tietotaitoa ja osaamista liittyen tupakasta vieroitustyöhön. Tarkoituksena oli saada käsitys siitä, miten tupakasta vieroitustyö toteutuu OYS:ssä. Tavoitteena oli OYS:n tupakkahoitajaverkoston toiminnan elvyttäminen ja tupakasta vieroitustyön tehostaminen sairaanhoitopiirissä sekä saada selville millä keinoin vieroitustyötä voidaan ylläpitää ja kehittää.

Kehittämistyön tutkimuksellinen lähestymistapa on etnografinen. Kehittämistyössä käytettiin sekä laadullisia, että määrällisiä aineistonkeruumenetelmiä. Laadullinen aineisto kerättiin OYS:n tupakkahoitajilta verkostopalaverissa tulevaisuuden muistelu ennakointidialogia ja learning cafe menetelmää käyttäen. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysi menetelmällä. Määrällinen aineisto kerättiin lähettämällä OYS:n hoitohenkilökunnalle webropol-kysely. Kysely lähetettiin yhteensä 4275 henkilölle. Kyselyn vastausprosentti oli 23 % (n=1007). Aineiston analyysissä on hyödynnetty Webropol-ohjelman reaaliaikaista peruseräraporttia, joka näyttää suorat jakaumat, keskiarvot ja lukumäärät tai prosentit kuvaajina. Kuvaajia on muokattu Excelissä.

Hoitohenkilökunta kokee tupakasta vieroitustyön tärkeäksi ja kokee, että potilaiden tupakointiin voidaan puuttua. Potilaiden tupakoinnin puheeksi ottaminen on helpompaa, kun tupakointi liittyy sairaalaan tulosyyn. Potilaan savuttomuuden polku-hoitomallin mukainen vieroitustyö ei vielä toteudu kovin hyvin ja tupakkahoitajaverkoston toiminta on puutteellista. Tarvitaan koulutusta tupakoinnin puheeksi ottamisesta ja tupakasta vieroitustyössä käytettävistä menetelmistä. Lisäksi tarvitaan myös asennemuutosta. Tupakasta vieroitustyö tulisi nähdä tärkeänä osana potilaan kokonaisuhoitoa.

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoitopiirin savuttomuuden edistämistyön suunnittelussa ja kehittämisessä sekä koulutuksissa.

---

Asiasanat: tupakointi, tupakoinnin lopettaminen, savuttomuuden edistäminen, savuton sairaala

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree Programme in Health Promotion

---

Author: Titta Korteniemi

Title of Thesis: Smoke-free promotion in Northern Ostrobothnia Hospital District

Thesis supervisors: Principal Lecturer, Ph.D. Hilikka Honkanen, Principal Lecturer, Ph.D. Pirkko Sandelin, M.Sc. lecturer, Minna Perälä

Academic term and year of Thesis: Spring 2014

Number of pages: 67+14

---

Smoking is a major cause of serious illness and premature deaths. Tobacco use also imposes a significant economic burden on society.

The purpose of this thesis was to investigate the current situation of smoke-free nurses and how to develop their work. The purpose of this study was also to investigate the attitude of Oulu University Hospital personnel towards patients smoking and skills to support patients to quit smoking. The purpose of this study was to find out how smoke-free promotion model realizes in Oulu University Hospital. The goal was to regenerate the work of smoke-free nurses, intensify preventive actions against smoking, and to find out the ways to develop this work.

This thesis was ethnography study. The research data was collected by qualitative and quantitative methods. The material was collected from smoke-free nurses using learning cafe and pre-remembering the future dialogue method. Data was analyzed using content analysis. From rest of the personnel the data was collected by using Webropol- survey. The Webropol- survey was sent to 4275 persons. The final return rate was 23% (n=1007). Data was analyzed using Webropol basic report, which shows straight distributions, numbers and percentage.

The personnel experience was that smoke-free promotion in Oulu University Hospital is very important. The personnel feels that they can interfere with patients smoking, especially when smoking is related to the reason why the patient has come to the hospital. The personnel needs for the education are how to bring up in discussions with patients their smoking habits, and how to assist them with how to treat tobacco dependence. The results show also that the common attitude must change. Preventive actions against smoking should be seen as important part of the whole patients healthcare.

The results of the thesis can be utilized for planning and development of Smoke-free promotion and education in Northern Ostrobothnia Hospital District.

---

Keywords: smoking, quitting smoking, smoke-free promotion, smoke-free hospital

## Sisällys

1 JOHDANTO .....	7
2 SAVUTTOMUUS YHTEISKUNNALLISENA HAASTEENA .....	9
2.1 Tupakkalaki .....	10
2.2 Tupakointi Suomessa .....	11
2.3 Tupakointi ja kansanterveys .....	12
2.4 Nikotiiniriippuvuus ja sen hoito .....	13
2.5 Tupakoinnin lopettamisen tukeminen .....	15
3 SAVUTTOMUUDEN EDISTÄMINEN SAIRAALASSA .....	17
3.1 Aiempia tutkimuksia .....	17
3.2 Terveyden edistäminen .....	18
4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TULOKSET .....	20
5 KEHITTÄMISTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ .....	22
5.1 Terveyttä edistävät sairaalat .....	22
5.2 Savuttomuuden edistäminen Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä .....	25
6 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN JA MENETELMÄT .....	27
6.1 Etnografinen lähestymistapa .....	28
6.2 Vaihe I: verkostopalaverit .....	30
6.2.1 Tulevaisuuden muistelu menetelmä .....	30
6.2.2 Learning Cafe .....	31
6.2.3 Sisällönanalyysi .....	32
6.3 Vaihe II: Webropol-kysely .....	34
7 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET .....	36
7.1 Vaihe I tulokset: verkostopalaverit .....	36
7.1.1 Tupakkahoitajaverkoston nykytila ja kehittämistarpeet .....	36
7.1.2 Tupakasta vieroituksen yhdyshenkilöverkosto tulevaisuudessa .....	37
7.2 Vaihe II tulokset: Webropol-kysely .....	38
7.2.1 Vastaajien taustatiedot .....	39
7.2.2 Potilaan savuttomuuden polku- hoitomallin toteutuminen .....	41
7.2.3 Hoitohenkilökunnan suhtautuminen potilaiden tupakointiin ja tupakoinnin puheeksi ottamiseen .....	43

7.2.4 Hoitohenkilökunnan tieto taito tupakasta vieroitustyössä.....	45
7.2.5 Terveystottumusten puheeksi ottamisen kannalta parannettavia tekijöitä ..	46
7.2.6 Hoitohenkilökunnan esille tuomat parannusehdotukset.....	47
8 POHDINTA .....	51
8.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset .....	51
8.2 Arviointia prosessista .....	54
8.3 Tutkimuksen luotettavuus .....	55
8.4 Terveystottumusten edistämisen eettisyys .....	56
9 JATKOKEHITTÄMISHAASTEET.....	58
LÄHTEET .....	59
LIITTEET .....	1

# 1 JOHDANTO

Tupakointi on yksi merkittävä sairastavuutta ja ennen aikaista kuolleisuutta aiheuttava riskitekijä. (Vitikainen, Pekurinen, Kiiskinen & Mikkola. 2006, 7). Tupakan aiheuttamista sairauksista koituu myös mittavia yhteiskunnallisia kustannuksia. Tupakoinnista johtuvat odotetut eliniän aikaiset hoitokustannukset nousevat jopa 246 miljoonaan euroon. Jopa 85 % näistä kustannuksista voitaisiin välttää, jos tupakoivat lopettaisivat tupakoinnin. (Vitikainen, Pekurinen & Kiiskinen 2006, 2985.) Kustannussäästöjen lisäksi tupakoinnin lopettaminen lisää elinvuosia ja parantaa niiden laatua. Tupakoinnista johtuva sairastavuus on ehkäistävissä oleva ongelma, johon pyritäänkin vaikuttamaan monin eri keinoin kuten rajoittamalla tupakkamainontaa, verottamalla tupakan kulutusta sekä rajoittamalla tupakointia ja tupakkatuotteiden saatavuutta laeilla ja asetuksilla. (Vitikainen ym. 2006, s.7, 30.)

Lähes viidennes suomalaisista tupakoi päivittäin. Vuonna 2013 suomalaisista miehistä tupakoi päivittäin 19 prosenttia ja naisista 13 prosenttia. Miesten tupakointi on vähentynyt tasaisesti 1970-luvun lopusta lähtien. Naisten päivittäistupakointi on taas yleistynyt aina 1980-luvun puoliväliin saakka. Tämän jälkeen naisten tupakointi pysyi kuitenkin pitkään samalla tasolla (20 %) kunnes kääntyi laskuun 2000-luvun puolivälin jälkeen. Vuonna 2013 nuorista, 15-24 -vuotiaista miehistä ja naisista joka kymmenes ilmoitti tupakoivansa päivittäin. 80 % päivittäin tupakoivista miehistä ja naisista oli huolissaan tupakoinnin vaikutuksesta omaan terveyteensä ja hyvinvointiinsa. Tutkimuksen mukaan miehistä ja naisista yli puolet ilmaisi haluavansa lopettaa tupakoinnin. (Helldan, Helakorpi, Virtanen & Uutela 2013, 12-14). Tupakointi on edelleen yleisempää alemmissa kuin ylemmissä koulutusryhmissä. Tupakointi on riippuvuutta aiheuttava tapa, joka tavallisesti alkaa jo nuoruudessa. Tämän vuoksi onkin tärkeää tietää tupakointia ennustavia tekijöitä ja keinoja, joilla ehkäistä tupakoinnin aloittaminen ja jatkuminen. (Paavola 2006, 7).

Käypä hoito-suositus (2006) ohjeistaa, että koko terveydenhuollon henkilöstön tehtävä on huomioida ja puuttua asiakkaiden tupakointiin sekä auttaa ja tukea vieroituksessa. Henkilöstön tulee kirjata ja arvioida asiakkaan tupakointi ja nikotiiniriippuvuus. Työntekijän on oltava perillä nikotiiniriippuvuuden ongelmasta, tupakan aiheuttamista saira-

uksista sekä vieroitushoidoista. Työntekijän tulisi myös löytää juuri kyseistä asiakasta parhaiten motivoiva syy olla tupakoimatta ja kannustaa tupakoinnin lopettamiseen (Pietinalho 2003, 4701). Terveyden edistämisen politiikkaohjelma ohjeistaa, että tupakoinnista vieroitus tulee sisällyttää osaksi jokaisen potilaan hoitoa sekä vieroitusta koskevat käypähoito-suositukset tulee vakiinnuttaa käyttöön ja tehostaa niiden käyttöä (Terveyden edistämisen politiikkaohjelma 2007, 10.)

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (PPSHP) tehtäviin kuuluu erikoissairaanhoitolain nojalla ehkäistä sairauksia ja edistää terveyttä. PPSHP kuuluu Suomen terveyttä edistävät sairaalat -verkostoon ja on sitoutunut seuraaviin toimintaperiaatteisiin; sairaalan savuttomuuden edistäminen, terveyden edistämisen jatkuvuuden ja yhteistyön organisoiminen. Sairaanhoitopiirin terveyden edistämistyötä koordinoi yhtymähallinnon alaisuudessa toimiva Perusterveyden huollon yksikkö. Sairaanhoitopiirin savuttomuuden edistämistä ohjaa savuton sairaala-toimintaohje, joka pohjautuu Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot yhdistyksen ohjeisiin savuttoman sairaalan toteuttamiseksi sekä tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot käypä hoito-suositukseen.

Tämä kehittämistyö liittyy PPSHP sisäiseen terveyden edistämistyöhön ja nimenomaan savuttomuuden edistämiseen. Tämä työ tukee projektisuunnittelija Liisan Puiravan tekemää kehittämistyötä, jonka hän aloitti syksyllä 2011 terveyden edistämisen ja savuttomuuden hyväksi. Tämä tutkimus- ja kehittämistyön on tehty yhteistyössä Perusterveydenhuollon Terveyden edistämisen henkilökunnan kanssa. Tämän tutkimus- ja kehittämistyön tarkoituksena oli kartoittaa Oulun yliopistollisen sairaalan (Oys) tupakkahoitajaverkoston nykytila sekä kehittämistarpeet. Tarkoituksena oli myös selvittää sairaanhoitopiirin hoitohenkilökunnan suhtautumista, tietotaitoa ja osaamista liittyen tupakasta vieroittamiseen ja asiakkaiden savuttomuuden tukemiseen. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää miten potilaan savuttomuuden polku hoitomalli toteutuu OYS:ssa. Kehittämistyön tavoitteena on Oys:n tupakkahoitajaverkoston toiminnan elvyttäminen ja tupakasta vieroitustyön tehostaminen sairaanhoitopiirissä. Tavoitteena on myös saada käsitys siitä, millä keinon PPSHP:n tupakasta vieroitustyötä voidaan ylläpitää ja tehostaa.



## **2 SAVUTTOMUUS YHTEISKUNNALLISENA HAASTEENA**

Toukokuussa 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki vahvistaa terveyden edistämisen asemaa palvelujen järjestämisessä sekä osana erikoissairaanhoidon hoitoa ja hoitoprosesseja (Kotisaari, Ståhl, Herrala & Lindfors 2011, 3415). Terveydenhuoltolain (1326/2010) tavoitteena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä toimintakykyä ja kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Laissa korostetaan myös terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä ja yhdenvertaisuutta sekä eri terveydenhuollon toimijoiden yhteistyötä. (Finlex, Terveydenhuoltolaki 1326/2010 §2, hakupäivä 2.5.2014.) Kansanterveyslaissa (66/1972) säädetään kuntien kansanterveystyön järjestämisestä ja tehtävistä. Lain mukaan kuntien tulee huolehtia asukkaidensa terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista sekä seurata asukkaiden terveydentilaan ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Asukkaiden sairaanhoidon järjestäminen on myös kunnan vastuulla. (Finlex, Kansanterveyslaki 66/1972 §14, hakupäivä 2.5.2014.)

Terveys 2015-kansanterveysohjelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001) linjaa kansallista terveystaloutta seuraaviksi 15 vuodeksi. Ohjelman painopiste alueena on terveyden edistäminen ja se pohjautuu World Health Organization (WHO) terveyttä kaikille ohjelmaan. Tavoitteena on terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakykyisyyden lisääminen, elämänlaadun parantaminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen (STM 2006,13). Terveys 2015 kansanterveysohjelman yksi keskeisimmistä tavoitteista on nuorten tupakoinnin väheneminen (STM 2001, 2-3). Terveyden edistämisen politiikkaohjelman tavoitteena on väestön terveydentilan parantuminen ja terveyserojen kaventuminen. Pyrkimyksenä on vaikuttaa keskeisiin kansansairauksien syihin ja näin hillitä terveydenhuollolle aiheutuvia kustannuksia. Ohjelman keskeisenä tehtävänä on edesauttaa ja vahvistaa terveysnäkökohtien ottamista huomioon yhteiskunnallisessa päätöksenteossa kaikilla hallinnon aloilla. (Terveyden edistämisen politiikkaohjelma 2007,1-2.)

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma ohjeistaa, että tupakoinnista vieroitus tulee sisällyttää osaksi jokaisen potilaan hoitoa sekä vieroitusta koskevat käypähoito-

suositukset tulee vakiinnuttaa käyttöön ja tehostaa niiden käyttöä. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen politiikkaohjelma 2007, 10). Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tueksi laadittu Käypä hoito-suositus tupakoinnin lopettamisen tukemisesta antaa täsmälliset, näyttöön perustuvat ohjeet siitä, miten auttaa ja tukea tupakoivaa lopettamaan tupakointi (Vertio 2003, 120). Opinnäytetyön taustalla vaikuttavat asiakirjat ja ohjelmat on esitelty tarkemmin liitteessä 1.

## **2.1 Tupakkalaki**

Tupakkalaissa (693/1976) säädetään toimenpiteistä, joilla ehkäistään tupakkatuotteiden käytön aloittamista, edistetään niiden käytön lopettamista ja suojellaan väestöä tupakan savulle altistumiselta. Suomen tupakkalainsäädännön keskeisenä tavoitteena on vähentää tupakointia ja tupakasta johtuvia terveyshaittoja sekä suojella tulevia sukupolvia tupakoinnilta ja tupakan savulta. Tupakkalakia on täydennetty useita kertoja sen olemassaolon aikana. Merkittävimmät uudistukset ovat liittyneet mainontaan, ympäristön tupakansavuun sekä tupakansavun liittämistä syöpävaarallisten aineiden joukkoon. (Patja, K 2006, 12-13.) Tupakkalain viimeisin uudistus tuli voimaan lokakuussa 2010. Lain uuteena tavoitteena on tupakkatuotteiden käytön loppuminen Suomessa ja, että Suomi on savuton vuoteen 2040 mennessä. (Varis & Virtanen 2013, 12.) Kansainvälisesti tupakkapolitiikassa Suomea velvoittaa Maailman terveysjärjestön (WHO) tupakoinnin torjuntaa koskeva puitesopimus Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) (STM 2012, 9).

Suomessa tupakkatuotteita ei saa myydä eikä luovuttaa alle 18-vuotiaalle. Tupakkatuotteiden maahantuonti ja hallussapito on myös kielletty alle 18-vuotiaalta. Tupakkatuotteiden mainonta on kiellettyä eikä niitä saa pitää esillä tupakkatuotteiden, tupakkajäljitelmiä eikä tupakointivälineiden vähittäismyynnissä. Tupakointi on kiellettyä kaikissa julkisissa tiloissa kuten kouluissa, oppilaitoksissa, virastoissa, työpaikoilla, yleisissä kulkuneuvoissa ja sisätiloissa järjestettävissä yleisissä tilaisuuksissa. (Finlex, Tupakkalaki 22.12.2011/1438 §:t 1,7,8,10 ja 12, hakupäivä 2.1.2012.) Vuonna 2007 kiellettiin tupakointi ravintoloiden ja kahviloiden sisätiloissa. Tupakointi ravintolan sisätiloissa on kuitenkin mahdollista tupakkalain 13 b §:n mukaisesti, jos se järjestetään tupakointiin hyväksytyssä ja rakennetussa tupakointitilassa siten, ettei tupakansavu pääse kulkeutumaan sieltä muualle ravintolaan.

Tupakkaverosta säädetään erikseen tupakkaverosta annetussa laissa (1470/1994). Tupakkaveroa on korotettu useasti viime vuosina. Tupakkatuotteiden nimellishinnat ovatkin nousseet vuodesta 2008 keskimäärin 25 prosenttia. Suomessa kulutettiin vuonna 2012 vähiten verollisia tupakkatuotteita 30 vuoteen, pois lukien irtotupakka (Varis & Virtanen 2013, 6,9).

## 2.2 Tupakointi Suomessa

Tupakalla tarkoitetaan tupakkakasvien (*nicotiana*) lehdistä, varsista ja rungoista valmistettua tai niitä sisältävää nautintoainetta. Tupakkatuotteet ovat tupakasta kokonaan tai osittain valmistettuja, poltettavaksi, sieraimiin vedettäväksi, imeskeltäväksi tai pureskeltäväksi tarkoitettuja tuotteita. (Finlex, Tupakkalaki 13.8.1976/693, hakupäivä 2.5.2014.)

Vuonna 2013 työikäisistä miehistä 19% ja naisista 13% tupakoi säännöllisesti. 80% tupakoivista aikuista on huolissaan tupakoinnin vaikutuksista omaan terveyteensä. Tupakoivista miehistä ja naisista reilu puolet kertoi haluavansa lopettaa tupakoinnin (Helldan ym. 2013, 12-14.) Suomessa tupakointi on kuitenkin vähentynyt viimeisten kolmen vuosikymmenen aikana, erityisesti miesten osalta. Työikäisessä väestössä tupakointierot ovat kuitenkin kasvaneet 1980-luvun puolivälistä alkaen. Tupakointi on edelleen yleisempää alemmissa kuin ylemmissä koulutusryhmissä. Myös nuorten päivittäistupakoinnissa on havaittu suuret erot koulumenestyksen sekä koulutuksen suhteen. (Helakorpi ym. 2012, 11.) Paavolan (2006) mukaan alempi sosioekonominen asema ennustaa tupakoinnin jatkumista nuoruudesta aikuisuuteen. Huolestuttavaa on myös se, että raskaana olevien teini-ikäisten tyttöjen tupakointi raskauden aikana on lisääntynyt. (Ekblad 2013, 63). Tupakoinnin yleisyyttä selittää nuorten tupakkakokeilut sekä tupakan sisältämän nikotiinin kyky aiheuttaa vakavariippuvuus jo lyhyessä ajassa (Winell & Lehto 2012, 1059.)

Nuuska on jauhetusta tupakasta ja makuaineista valmistettu seos, jota käytetään suussa pitämällä sitä huulen alla. Nuuskaa myydään joko irtonuuskana tai annospusseina. Se sisältää jopa 20 kertaa enemmän nikotiinia kuin tavallinen tupakka. Nuuska aiheuttaa riippuvuutta ja on erittäin vaarallista terveydelle. Suomessa nuuskan myynti ja välittäminen on kielletty samoin nuuskan hallussa pito alle 18-vuotiailta. (Sorvari, Laivisto & Pylkkänen 2013, 70.) Viime vuosina nuorten erityisesti alle 18-vuotiaiden keskuudessa

nuuskakokeilut ovat lisääntyneet sekä poikien että tyttöjen kohdalla. Silloin tällöin tai päivittäin nuuskaavien alle 18-vuotiaiden poikien osuus on lisääntynyt vuodesta 2007 lähtien. (Kinnunen, Lindfors, Pere, Ollila, Samposalo & Rimpelä 2013, 22.)

Sähkötupakka on viime vuosina markkinoille tuotu laite, joka muistuttaa tavallista savuketta mutta ei sisällä lainkaan tupakkaa. Sähkösavuke höyrystää laitteeseen ladattua nikotiinitonta nestettä, jota käyttäjä hengittää kuten tupakan savua. Tupakkalain mukaan sähkösavuke ei ole tupakkatuote, vaan tupakkajäljitelmä. 18-vuoden ikäraja tai myyntilupaa koskeva sääntely ei siis koske sähkösavukelaitteen ja nikotiinittoman nesteen os-  
toa. Tutkimusten mukaan sähkösavukkeiden käyttö on kuitenkin hyvin harvinaista. Sähkötupakkaa käyttävät eniten alle 35-vuotiaat miehet mutta heistäkin satunnaisesti vain 4%. (Varis & Virtanen 2013, 4,8-9.)

### **2.3 Tupakointi ja kansanterveys**

Tupakointi on niin Suomessa kuin muissakin länsimaissa aivan keskeinen kansanterveydenongelma ja se aiheuttaa terveydenhuollolle mittavia kustannuksia. Vuosien tupakointi ja tupakalle altistuminen lisää terveyshaittoja ja ennen aikaista kuolleisuutta (Simonen 2012, 1055). Tupakoitsijoiden kuolleisuus on jopa kolme kertaa korkeampi kuin tupakoimattomien. Keski-ikäisen tupakoitsijan elinajanodote on keskimäärin 20 vuotta lyhyempi kuin saman ikäisen henkilön, joka ei ole koskaan tupakoinut. (Jha & Peto 2014, 61.) Pietinalhon (2003) mukaan jopa miljoona suomalaista tupakoi päivittäin. Suomessa kuolee vuosittain aikuisiällä yli 5000 ihmistä tupakan aiheuttamiin sairauksiin (Patja, Iivonen & Aatela 2005, 107; Pietinalho 2003, 4701).

Tupakointi vahingoittaa koko elimistöä ja aiheuttaa useita sairauksia (Huovinen 2004, 111). Tunnetuimmat tupakkasairaudet ovat keuhkosityöpä ja keuhkohtaumatauti (Huovinen 2004, 114). Jopa 90% kaikista keuhkosityövistä on tupakoinnin aiheuttamia. Tupakoitsijalla on 20-kertainen riski sairastua keuhkosityöpään tupakoimattomaan verrattuna. (Jyrkkiö, Boström & Minn 2012, 1082.) Muita merkittäviä tupakoinnin aiheuttamia sairauksia ovat sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet sekä muut syövät kuten virtsarakon, kurkunpään ja ruokatorvensyöpä. Tupakointi aiheuttaa myös suusairauksia, hedelmättömyysongelmia, ihon vanhenemista, osteoporoosia, leikkauskomplikaatioita sekä vaikeuttaa haavojen paranemista. (Pietinalho 2003, 4701.) Kentala (2007) toteaa omassa

väitöskirjassaan, että nuorilla tupakointi on merkittävä tekijä kariesin ja parodontaalisairauksien hoidon tarpeen kannalta. Tupakoivilla nuorilla parodontaalihoidon tarve on kaksinkertainen tupakoimattomiin verrattuna. Benowitzin (2010, 2295) mukaan tupakoinnilla on myös merkittävä yhteys tulipalo- ja traumaperäisissä onnettomuuksissa.

Jos tupakoija, joka on aloittanut tupakoinnin nuoruudessa, lopettaa tupakoinnin 30-40 vuoden iässä niin hänen elinajanodotteensa paranee jopa 10 vuotta (Jha & Peto 2014, 61). Tupakoivan henkilön terveysmenojen säästö on sitä suurempi, mitä varhaisemmassa vaiheessa henkilö lopettaa tupakoinnin (Pekurinen 2008, 42).

## **2.4 Nikotiiniriippuvuus ja sen hoito**

Nikotiiniriippuvuus on luokiteltu sairaudeksi. Nikotiiniriippuvuus (ICD 10-diagnoosinumero, alakoodi F17) on aikuistyyppin diabeteksen, verenpainetaudin ja sepelvaltimotaudin ohella yksi tärkeimmistä kansantaudeistamme (Mäntymä 2010, 297). Riippuvuuden keskeisiä piirteitä ovat pakonomainen tarve käyttää tupakkaa, käytön jatkuminen haittavaikutuksista huolimatta, sietokyvyn kasvu ja lopettamisesta ilmenevät vieroitusoireet sekä heikentynyt kyky kontrolloida tupakointia (Mustonen 2004, 145). Riippuvuuden tasoa, tupakoinnin syitä ja potilaan motivaatiota tupakoinnin lopettamiseen voidaan arvioida erilaisten testien avulla (Tuomaala 2006, 17)

Tupakan sisältämä nikotiini on keskeisin riippuvuutta aiheuttava aine (Huovinen 2004,28; Mustonen 2004, 145). Sisään hengitettäessä nikotiini läpäisee verenkierron nopeasti ja pääsee näin keuhkoista aivoihin muutamassa sekunnissa (Benowitz 2010, 2298; Mustonen 2004, 146). Keskushermostossa sijaitsevien nikotiinireseptorien toiminta ja maksan kyky hajottaa nikotiinia ennustavat herkkyyttä tulla riippuvaiseksi nikotiinista (Mustonen 2004, 150). Nikotiiniriippuvuuden kehittymiseen ja voimakkuuteen vaikuttavat myös yksilölliset tekijät (Pietinalho 2003, 4701). Kun elimistö on tottunut saamaan nikotiinia, niin se alkaa odottaa sitä säännöllisesti. (Huovinen 2004, 28). Riippuvuudesta kärsivä tupakoitsija saakin usein erilaisia vieroitusoireita hyvin pian tupakoinnin lopettamisen jälkeen (Broms, Korhonen, Salminen, Pennanen & Kaprio 2012,115). Tavallisimpia vieroitusoireita ovat ärtyneisyys, ahdistuneisuus, keskittymisvaikeudet, univaikeudet ja lisääntynyt ruokahalu (Broms ym. 2012, 107). Kun tupakoitsijat kokevat, että tupakointi auttaa hallitsemaan mielialaa ja kiihtymystä tai helpottaa

vieroitusoireita tai molempia, niin heille on jo kehittynyt nikotiiniriippuvuus (Benowitz 2010, 2301.) Tällöin tupakoitsijoiden on usein vaikeaa tai jopa mahdotonta lopettaa tupakointi pysyvästi, vaikka siihen olisi perusteltu syy ja motivaatio (Broms ym.2012,106.) Nikotiiniriippuvuuden vaikeusaste voidaan selvittää käyttämällä Fagerströmin kahden kysymyksen testiä, jonka mukaan räätälöidään nikotiinikorvaushoito (Winell, Aira & Vilkmann 2012, 3566-3567; Mäntymä 2010, 299).

Nikotiinikorvaushoidon tarkoituksena on lievittää vieroitusoireita auttamalla elimistöä sopeutumaan uuteen tilaan korvaamalla osittain nikotiinimäärää, johon se on tottunut. Nikotiinikorvausvalmisteita ovat purukumi, tabletit, inhalaattori, nenäsumute ja laastari. (Mustonen 2004, 150-151.) Champix, jonka vaikuttava aine varenikliini, on ensimmäinen tupakasta vieroittamiseen kehitetty lääke. Se estää nikotiinin vaikutuksia aivoissa, lievittää vieroitusoireita sekä vähentää tupakanhimoa ja tupakoinnin tuottamaa mielihyvää. (Stumppi.fi, hakupäivä 25.3.2013.) Muita vieroituksessa käytettäviä lääkkeitä ovat bupropioni (Zypan) ja nortriptyliini (Noritren), jotka ovat masennuslääkkeitä. Niiden tarkoituksena on vähentää tupakanhimoa. (Mustonen 2004, 151.)

Nikotiiniriippuvuuden yhteydessä puhutaan myös tupakkariippuvuudesta, joka on ilmiönä laajempi. Tupakkariippuvuus sisältää fyysisen riippuvuuden lisäksi niin psyykkisen, sosiaalisen kuin tapariippuvuudenkin. (Broms 2012, 106.) Benowitzin (2010) mukaan satunnaisesti tupakoivien on todettu tupakoivan tilanteissa, joissa he saavat positiivista vahvistusta kuten tutut arjen tilanteet. Tupakoitsijat tupakoivat yleensä ruokailun jälkeen, käyttäessään alkoholia tai ystävien kanssa, jotka myös tupakoivat. Tupakoinnista seuraavat palkitsevat vaikutukset, kuten mielihyvän tunne, parantunut keskittymiskyky ja lisääntynyt stressinsietokyky vahvistavat opittua käyttäytymistä ja tapariippuvuutta. Katainen (2011) toteaa, että tupakoinnin jatkumisessa on riippuvuuden lisäksi kyse siitä miten elinympäristömme, sosiaaliset suhteemme ja erilaiset arkiset tilanteet tukevat tätä riippuvuutta. Tupakkariippuvuutta tulisi Ollilan ym.(2012) mukaan käsitellä terveydenhuollossa kroonisena tilana, joka vaatii pitkäaikaista seuranta ja hoitoa.

## 2.5 Tupakoinnin lopettamisen tukeminen

Tutkimuksen mukaan päivittäin tupakoivista työikäisistä miehistä ja naisista yli puolet ilmaisi haluavansa lopettaa tupakoinnin ja joka neljäs oli yrittänyt vakavasti lopettaa tupakoinnin viimeksi kuluneen vuoden aikana. 80% heistä oli huolissaan tupakoinnin terveysvaikutuksista. (Helldan ym. 2013, 14.)

Katainen (2011) toteaa väitöskirjassaan, että tietoisuus tupakoinnin terveyshaitoista ei vielä yksin riitä tupakoinnin lopettamiseen vaan lopettamiselle tarvitaan otollinen tilanne, jossa oma päätös on mahdollinen esim. naisilla raskaus. Sairastuminen tai sairauden uhka saa potilaat usein myös miettimään tupakoinnin lopettamista. Terveystieteiden ammattilaisten tulisikin olla valppaana tällaisissa tilanteissa, jotta he pystyisivät tukemaan tupakoinnin lopettamisessa. (Winell ym. 2012, 3566). Terveystieteidenhuollossa on mahdollista tavoittaa merkittävä osa ihmisistä, jotka ovat sairastumisvaarassa tai jo sairastuneet, ja jotka hyötyisivät elämäntapamuutoksista (Absetz & Hankonen 2011, 2265). Tupakoinnin lopettaminen omin avuin onnistuu harvoin, joten jokaisen lopettamista harkitsevan tulisikin saada terveystieteidenhuollossa apua tupakasta vieroitukseen (Reijula 2012, 1064). Ollilan ym. (2012) mukaan kuitenkin vain kolmasosa tupakoitsijoista saa lopettamiskehityksen terveystieteidenhuollon vastaanotolla.

Kaikkien terveystieteidenhuollon toimijoiden tulisi aktiivisesti ottaa puheeksi asiakkaan tupakointi ja tupakoinnin lopettaminen. Tieto tupakoinnista tai tupakoimattomuudesta tulee aina myös dokumentoida ja kirjata ylös. (Winell ym. 2012, 3565). Nikotiinikorvaushoitoa tulisi tarjota kaikille tupakoitsijoille riippumatta siitä, että mikä on motivaatio lopettamiselle (Munafo, Rigotti, Lancaster, Stead & Murphy 2001, 662.) Steadin, Bergsonin ja Lancasterin (2008) mukaan lääkärin antama kehitys tai huolen ilmaus on tehokas keino edistää tupakoinnin lopettamista. Tehokkaaseen mini-interventioon sisältyy ongelman tunnistaminen, tiedottaminen ja keskustelu ongelman aiheuttamista haitoista sekä motivointi muutokseen. Asiakkaan kanssa yhdessä voidaan asettaa henkilökohtaisia tavoitteita ja antaa ohjeita tavoitteiden saavuttamiseksi, mikäli asiakas näin haluaa. (Koponen, Hakulinen & Pietilä 2008, 84.) Keskusteluissa tulisi välttää tuomitsevaa asennetta ja suostuttelua. Tärkeää olisi ohjata asiakasta itseään puhumaan muutoksen tarpeesta ja mahdollisuuksista vaikuttaa omaan tilanteeseensa. ( Absetz & Hankonen 2011, 2271.)

Reijulan (2012) mukaan terveydenhuollon toimipisteissä olisi sovittava myös vastuuhenkilöistä ja heidän tehtävistään tupakoinnin lopettamisen tukemisessa. Winell ym. (2012) mukaan jokaisessa terveydenhuollon hoitoyksikössä tulisi olla lääkäri ja hoitaja, joilla on tietoa ja osaamista tupakasta vieroituksesta muita enemmän. Hoitohenkilöstön omat asenteet ja käsitykset terveysvalinnoista on myös tärkeää ottaa huomioon, ennen kuin mini-interventiota voidaan toteuttaa tehokkaasti (Koponen ym. 2008, 84).

Tupakoinnin lopettamisen tukeminen terveydenhuollossa sekä tupakkatuotteiden hinnan korotukset ovat yhteiskunnan kannalta edullisia tapoja edistää väestön terveyttä ja työkykyä. Yksilötasolla tupakoinnin lopettamisessa vaikuttavia keinoja ovat nikotiinikorvaushoito ja yksilö- tai ryhmäinterventio sekä jossain määrin itseapumateriaalit. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 104-105.) Jos sairaalahoidon aikana toteutettu tupakoinnin lopettamiseen tähtäävä keskustelu ja tuki sisältää myös seuranta- ja tukitoimia sairaalasta pois pääsyn jälkeen, lisää se entisestään tupakoinnin lopettamisen todennäköisyyttä (Munafo ym. 2001, 662.)



### **3 SAVUTTOMUUDEN EDISTÄMINEN SAIRAALASSA**

#### **3.1 Aiempia tutkimuksia**

Tupakoinnin vähentämistä on selvitetty muun muassa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa hankkeessa, joka toteutettiin yhteistyössä terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Hankkeessa kartoitettiin sairaanhoitopiirin tupakasta vieroituksen ohjeistuksia sekä tehtiin kysely savuton sairaala - yhdyshenkilölle. PSHP:ssä on käytössä savuton sairaala toiminta-ohjelma ja tupakasta vieroituksen käypähoitosuositus on kaikkien saatavilla. Käytännön vieroitustyön todettiin olevan satunnaista. Ohjeistus tupakoinnin kirjaamisesta on puutteellista ja seuranta näin ollen mahdotonta. Henkilöstö toivoi lisää koulutusta ja potilaille annettavaa kirjallista materiaalia. (Laasonen & Kolu 2010, 126-127). Sauvonsaari (2012) on omassa opinnäytetyössään tutkinut savuttomuuden edistämistä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä (VSSHP). Opinnäytetyössään Sauvonsaari (2012) teki tupakointitapa kyselyn VSSHP:n henkilöstölle sekä järjesti esimiehille koulutuksen työntekijöiden savuttomuuden edistämisestä. Kehittämisprojektissa työstiin sairaanhoitopiirin tupakointiin puuttumismallia sekä luotiin hoitohenkilökunnan käyttöön taskukokoinen toimintamalli, joka helpottaa tupakoinnin puheeksi ottamista potilaiden kanssa.

Lehtisen, Kulmalan, Rigoffin & Ståhlin (2010) mukaan, hoitohenkilöstö tietää terveyden edistämistyön ja terveysneuvonnan kuuluvan kaikille potilastyötä tekeville, mutta jättävän puutteelliseksi resurssien vuoksi. Tämä käy ilmi heidän tekemästään selvityksestä, jossa selvitettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin henkilöstön asenteita ja tietämystä terveysneuvonnasta sekä valmiuksia ja halua ottaa puheeksi potilaan haitallisia terveystottumuksia kuten alkoholin käyttöä, tupakointia, lihavuutta sekä masennusta. Selvitys antaa viitteitä siitä, että potilaan riskikäyttäytyminen kuten tupakointi otetaan useammin huomioon ja puheeksi silloin, kun se liittyy potilaan hoitoon tulo syyhyn. Terveyden edistämistyön kannalta olisi kuitenkin tärkeää puuttua haitallisiin terveystottumuksiin jo aiemmin. (Lehtinen ym.2010, 25.)

Kyrö, Elomaa ja Lehtinen (2013) ovat tutkineet ortopedisten ja traumatologisten potilaiden tupakasta vieroittamista Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymässä. Tutkimuksessa selvitettiin hoitoon liittyvien infektioiden kokonaismäärä ja lukumääräinfektioluokittain sekä eri infektioiden lukumäärä suhteessa suoritettujen leikkausten kokonaismäärään vuoden 2008 alusta vuoden 2013 toukokuuhun. Samaan aikaan sairaalassa aloitettiin tupakoinnista vieroittamisen tehostaminen, josta siirryttiin vaiheittain järjestelmälliseen vieroittamiseen. Antibioottiprofylaksiaa toteutettiin myös. Hoitoon liittyvien infektioiden määrän seurannassa hyödynnettiin sähköistä infektioiden raportointijärjestelmää (SAI). Tulokset osoittivat, että hoitoon liittyvien infektioiden määrä leikkauspotilailla näytti vähenevän sen jälkeen, kun oli tehostettu tupakoinnista vieroittamista. Infektioiden kokonaismäärä suhteessa suoritettujen leikkausten kokonaismäärään väheni alle puoleen ja hengitysinfektiot jäivät pois järjestelmällisen tupakoinnista vieroittamisen aikana. Tutkimus osoittaa, että leikkauspotilaiden tupakasta vieroittamisella voidaan vähentää komplikaatioita ja sairaanhoidon kustannuksia. (Kyrö ym. 2013, 252-253.)

Österman (2012) on omassa pro-gradu tutkielmassa selvittänyt sepelvaltimotautipotilaille terveyskeskuksissa annettua tupakoinnin lopettamiseen liittyvää ohjausta ja hoitoa sekä sen dokumentointia sekä hoidon yleistä laatua potilaan näkökulmasta. Tulokset osoittavat, että tupakointitietojen kirjaaminen on puutteellista. Vain viideltä prosentilta sepelvaltimotautia sairastavista potilaista löytyi terveystietokortista merkintä tupakoinnista. Tupakoivien lopettamismotivaatiosta oli kirjattu tietoja alle puolelle potilaista potilaskertomukseen. Tupakoivista sepelvaltimotautipotilaista alle puolelta löytyi potilaskertomuksesta merkintä lopettamiskeskustelusta viimeisen vuoden aikana. Hoidon laatuun terveyskeskuksessa potilaat olivat kuitenkin tyytyväisiä.

### **3.2 Terveystietojen edistäminen**

Suomen perustuslaki (731/1999) velvoittaa julkisen vallan edistämään väestön terveyttä. Terveystietojen huollon ammattihenkilöiden tehtävänä on sairauksien hoidon ohella terveyden edistäminen.

”Terveystietojen edistäminen on toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisessa. Terveystietojen edistäminen on myös terveyden edellytysten parantamista yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannal-

ta” (Vertio 2003, 29). Terveyden edistämistoiminnan perusta luotiin vuonna 1986 Ottawan asiakirjassa, joka hyväksyttiin ensimmäisessä maailmanlaajuisessa terveyden edistämisen konferenssissa Kanadan Ottawassa. (Savola & Koskinen-Ollongvist 2005, 18). WHO:n terveyden edistämisen asiakirjan tarkoituksena on ollut lisätä ymmärrystä, kommunikointia ja yhteistyötä kaikkien terveyden edistämisen toimijoiden välillä niin paikallisella, kansallisella kuin kansainväliselläkin tasolla. Asiakirjaa päivitetään säännöllisin väliajoin. (Smith, Tang & Nutbeam 2006, 340.) Ottawa asiakirjassa on viisi terveyttä edistävää toimintalinjaa; terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, terveellisen ympäristön aikaansaaminen, yhteisöjen toiminnan tehostaminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen ja terveystalvelujen uudistaminen (Vertio 2003, 30-31).

WHO (1986) määrittelee terveyden edistämisen seuraavasti:

Terveyden edistäminen on toimintaa, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia niin terveytensä hallintaan kuin sen parantamiseen. Jotta täydellinen fyysinen ja psyykinen, henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi voitaisiin saavuttaa, on yksilöiden ja ryhmän kyettävä toteuttamaan toiveensa, tyydyttämään tarpeensa ja muuttamaan ympäristöä tai opittava tulemaan toimeen sen kanssa. (Savola & Koskinen-Ollongvist 2005, 27.)

Terveyttä edistävällä toiminnalla pyritään tasa-arvon saavuttamiseen terveydessä, terveyserojen kaventamiseen ihmisten välillä sekä turvaamaan heille yhtäläiset mahdollisuudet ja voimavarat edistää terveyttään (Vertio 2003,174).

Hoidon preventiivisyys on keskeinen osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja neuvontaa jokaisessa hoitokontaktissa, myös erikoissairaanhoidossa. Asiakkaiden itsehoito ja hoitoon sitoutuminen edellyttävät yleensä pohdintaa terveysvalinnoista sekä muutoksia elämäntilanteeseen liittyen. Tarvitaan usein elämäntapamuutosta sairauden tai oireiden uusiutumisen ehkäisemiseksi tai sairaudesta johtuvan vammautumisen hidastamiseksi ja yksilön kuntoutumiseksi. (Koponen ym. 2008, 82.)

## **4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TULOKSET**

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kartoittaa OYS:n tupakkahoitajaverkoston nykytila ja kehittämistarpeet. Tarkoituksena oli myös selvittää sairaanhoitopiirin hoitohenkilökunnan suhtautumista, tietotaitoa ja osaamista liittyen tupakasta vieroitukseen ja asiakkaiden savuttomuuden tukemiseen. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää miten Savuttomuuden polku hoitomallin mukainen tupakasta vieroitustyö toteutuu. Kehittämistyön tavoitteena oli OYS:n tupakkahoitajaverkoston toiminnan elvyttäminen ja tupakasta vieroitustyön tehostaminen sairaanhoitopiirissä. Tavoitteena oli myös saada käsitys siitä, millä keinon tupakasta vieroitustyötä voidaan ylläpitää ja kehittää. Pitkän tähtäimen tavoitteena on savuttomuuden edistämistyön näkyväksi tuleminen hoitohenkilökunnan arkielämässä asiakkaiden kanssa ja näin ollen asiakkaiden hyvinvoinnissa.

Kehittämistyöllä haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Minkälainen on tupakkahoitajaverkoston nykytila tupakkahoitajien käsitysten mukaan?
2. Millainen on toimiva tupakkahoitajaverkosto tupakkahoitajien käsitysten mukaan?
3. Miten sairaanhoitopiirin potilaan savuttomuuden polku hoitomalli toteutuu käytännössä?
4. Millainen on hoitohenkilökunnan suhtautuminen, tietotaito ja osaaminen tupakasta vieroitustyössä ja asiakkaan savuttomuuden tukemisessa?
5. Millä keinoin tupakasta vieroitustyötä ja asiakkaan savuttomuuden tukemista voidaan tehostaa?

Kehittämistyön tuloksena syntyy selvitys tupakkahoitajaverkoston nykytilasta ja kehittämistarpeista sekä hoitohenkilökunnan tupakasta vieroitustyön osaaminen PPSHP:ssä. Selvityksen pohjalta laaditaan tupakasta vieroitustyön suunnitelma ja asiakkaan savuttomuuden tukemisen PPSHP:n sairaaloissa tehostaminen. (TAULUKKO 1.)

*TAULUKKO 1. Kehittämistyön kysymykset, menetelmät ja vaiheet*

Kehittämistyön kysymykset	Aineistot ja niiden keruu	Vaiheet
Kysymys 1.	Laadullinen aineisto Tulevaisuuden muistelu	Vaihe 1. Verkostopalaveri 1.
Kysymys 2.	Laadullinen aineisto Learning Cafe	Vaihe 1. Verkostopalaveri 2.
Kysymys 3.	Määrällinen aineisto Webropol kysely	Vaihe 2.
Kysymys 4.	Webropol kysely	Vaihe 2.
Kysymys 5.	Webropol kysely	Vaihe 2.

## **5 KEHITTÄMISTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ**

Tämän kehittämistyön toimintaympäristönä on Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (PPSHP) ja Oulun yliopistollinen sairaala (OYS). Sairaanhoitopiiriin kuuluvat myös Oulaskankaan ja Visalan sairaalat sekä Tahkokankaan palvelukeskus. Vuonna 2012 sairaanhoitopiirin palveluksessa työskenteli lähes 7000 henkilöä. (PPSHP 2012, 4.) PPSHP:n ja Oulun yliopistollisen sairaalan tehtävänä on tuottaa ja taata alueensa asukkaille korkeatasoiset erikoissairaanhoidon palvelut. Tehtävänä on myös edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia saumattomassa yhteistyössä muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajien kanssa. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2010-2015). Terveyden edistämisessä PPSHP on ollut edelläkävijä Suomessa, sillä se perusti vuonna 2009 oma terveyden edistämisen yksikön (Ahlsten 2012, 7).

2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki määrää, että kaikkiin sairaanhoitopiireihin on perustettava perusterveydenhuollonyksikkö. Yksikössä tulee olla moniammatillinen terveysalan asiantuntemus ja sen tehtävänä on tukea alueen terveydenhuollon järjestämisen suunnitelman laatimista, joka perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen. PPSHP:ssä perusterveydenhuollon yksikkö perustettiin yhdistämällä yleislääketieteen ja terveyden edistämisen yksiköt, joiden tehtävät siirrettiin uudelle yksikölle. Perusterveydenhuollon yksikkö aloitti toimintansa vuoden 2012 alussa. (Ahlsten 2012, 6.) Sairaanhoitopiirin alueen terveyden edistämisen yhteistyötä koordinoi nyt siis Perusterveydenhuollon yksikön Terveyden edistäminen. Perusterveydenhuollon yksikkö tekee terveyden ja hyvinvoinnin yhteistyötä nojautuen Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelmaan (PPSHP, perusterveydenhuollon yksikön tehtävät, Hakupäivä 19.3.2014). Tämä kehittämis- ja tutkimustyö liittyy Oulun yliopistollisen sairaalan terveyden edistämistyöhön keskittyen savuttomuuden edistämiseen.

### **5.1 Terveyttä edistävät sairaalat**

PPSHP kuuluu Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot yhdistykseen sekä sitä kautta WHO:n alaiseen Health Promoting Hospitals (HPH) verkostoon (Terveyden edistämisen yhteistyö toimintasuunnitelma 2011-2013). Suomen terveyttä edistävät sai-

raalat ja organisaatiot yhdistys (STESO) on perustettu vuonna 2001 ja se tekee yhteistyötä monien järjestöjen ja yhdistysten kanssa. Yhdistyksen tarkoituksena on vahvistaa terveyttä edistävää näkökulmaa sairaaloiden ja terveydenhuollon organisaatioiden toimintakulttuurissa (STESO tarkoitus, hakupäivä 18.3.2014). Toiminnan perustana ovat Wienin suositukset terveyttä edistävälle sairaaloille (1997) ja WHO:n terveyden edistämisen suositukset sekä ohjeet savuttomasta sairaalasta. WHO:n perustama työryhmä on kehittänyt viisi laatustandardia terveyttä edistävälle sairaaloille. (Taulukko 2.)

*TAULUKKO2. Terveysten edistämisen laatustandardit*

---

Terveyden edistämisen laatustandardit
---------------------------------------

---

- 1. Virallinen toiminta suunnitelma:** Sairaallalla tulee olla kirjallinen terveyden edistämisen toimintasuunnitelma ja sitä toteutetaan osana organisaation laadunhallinta järjestelmää. Suunnitelman tavoitteena on parantaa terveystuloksia ja sen kohteena ovat potilaat, omaiset ja sairaalan henkilökunta.
- 2. Potilaan tilanteen arviointi:** Sairaalan velvollisuutena on varmistaa, että potilaan terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisyn ja kuntoutuksen tarpeet tulee arvioida yhdessä potilaan kanssa.
- 3. Potilaan informointi ja interventiot:** Sairaalan tulee antaa potilaalle hoitopolun eri vaiheissa olennaista tietoa potilaan sairaudesta ja terveydentilaa koskevista tekijöistä sekä sovellettava terveyden edistämisen auttamismenetelmiä.
- 4. Terveellisen työympäristön turvaaminen:** Sairaalan johdolla on vastuu siitä, että organisaatiolla on edellytykset kehittää terveellisenä työympäristönä.
- 5. Jatkuvuus ja yhteistyö:** Sairaallalla tulee olla suunnitelma yhteistyötahojen ja muiden terveydenhuollon sektorien kanssa tehtävästä yhteistyöstä

---

(STESO ry. 2009, ohjeet ja työkalut, terveyden edistämisen standardit, hakupäivä 18.3.2014)

Terveyden edistämistä koskevat standardit ovat välttämättömiä sairaaloissa palvelujen laadun varmistamiseksi sekä väestön terveyden ja elämänlaadun kohentamiseksi. Terveyden edistäminen sairaalassa sisältää parantavan, oireita lievittävän, kuntouttavan, ehkäisevän ja hyvinvointia lisäävän työn. Terveyttä edistävässä sairaalassa lähestytään sairaalayhteisöä ja sen toimintakulttuuria neljästä eri näkökulmasta (kuvio 1), jotka ovat potilaiden ja heidän läheistensä, työntekijöiden, sairaalaympäristön sekä väestön terveyden edistäminen. (STESO ry. 2013, Etusivu, hakupäivä 15.3.2014)



*KUVIO 1. Terveyttä edistävä sairaala toimimalli (Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry. 2013, Etusivu, hakupäivä 15.3.2014)*

Sairaaloilla on tärkeä merkitys terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä, sairauksien ehkäisemisessä ja kuntoutuspalveluiden tuottamisessa. Elintasosairauksien ja kroonisten sairauksien jatkuva lisääntyminen vaatii toiminnan tehostamista sekä järjestelmällistä koulutusta, tehokkaita viestintäkeinoja potilaiden aktivoimiseksi kroonisten sairauksien hoidossa ja motivoivaa ohjausta. (STESO ry. 2009, ohjeet ja työkalut, terveyden edistämisen standardit Suomi, 5, hakupäivä 15.3.2014.)



## **5.2 Savuttomuuden edistäminen Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä**

PPSHP on sitoutunut noudattamaan Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry:n ohjeita savuttoman sairaalan toteuttamiseksi sekä tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot käypä hoito-suositusta. Sairaanhoitopiirissä on laadittu savuton sairaala-toimintaohjelma, joka ollut voimassa 1.1.2005 lähtien. Toimintaohjelmassa ohjeistetaan henkilöstön ja opiskelijoiden tupakoimattomuuden edistämisestä, savuttomasta sairaalaympäristöstä, vieroitushoidon toteuttamisesta sekä henkilökunnan kouluttamisesta ja perehdyttämisestä sairaalan savuttomuuskäytäntöihin ja toiminnan seurannasta. Savuttomuuden toteutuminen sairaalassa vaatii sitoutumista niin johdolta kuin kaikilta työntekijöiltäkin. (Savuton sairaala-toimintaohjelma PPSHP:ssä 2012, 2-4.)

PPSHP:n sairaaloissa tupakointi on sallittu vain merkityillä paikoilla sairaalan ulkoalueilla. Sairaaloiden kahvioissa ei myydä tupakkatuotteita. Henkilökunnan ja opiskelijoiden tupakointi on kielletty työaikana. Potilaita informoidaan jo etukäteen sairaanhoitopiirin sairaaloiden savuttomuudesta heille lähetettävässä ajanvaruskirjeessä. Kaikkien potilaiden tupakointitottumukset selvitetään ja heitä kehoitetaan tupakoimattomuuteen. Potilailla on myös mahdollisuus ilmaiseen nikotiinikorvaushoitoon sairaalassaoloaikana. Henkilökuntaa kannustetaan tupakoimattomuuteen ja heille kustannetaan tarvittaessa nikotiinikorvaushoito kuukauden ajaksi. Henkilökunnan tulee olla tietoinen tupakoinnin haitoista ja tarjolla olevista vieroitusmenetelmistä. Savuttoman sairaalan toimintaperiaatteiden toteutumista seurataan ja henkilökunnalle järjestetään koulutusta. Tupakasta vieroituksen yhdyshenkilöt toimivat sairaalassa tupakasta vieroitushoidon osaajina. (Savuton sairaala-toimintaohjelma PPSHP:ssä 2012, 2-4.)

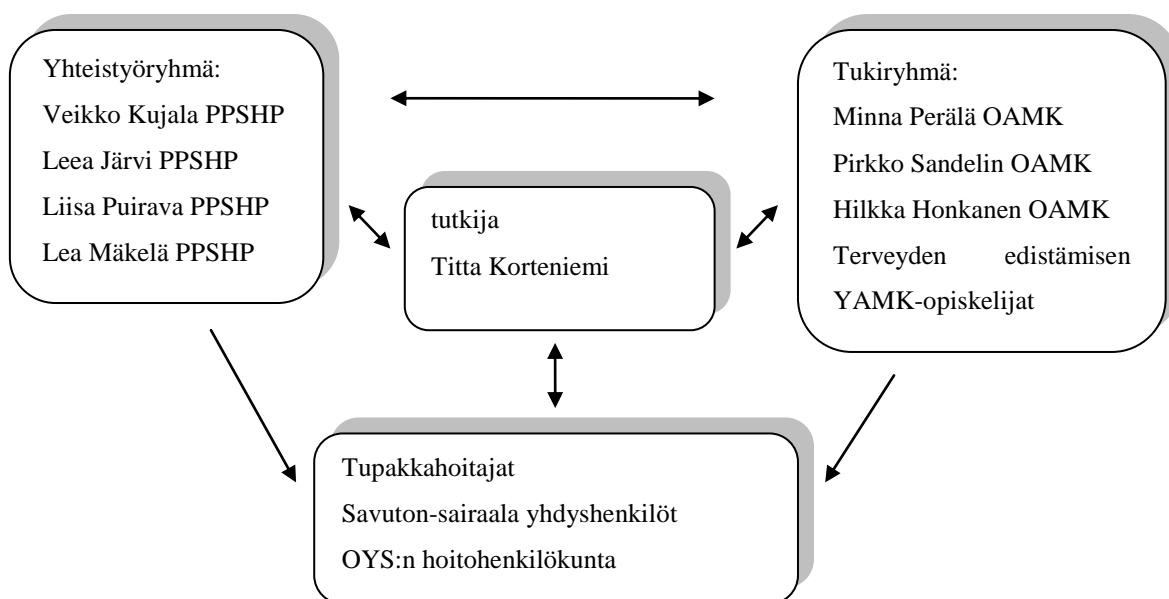
Vuosina 2009-2011 PPSHP oli mukana Vetepo (Näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen) hankkeessa, jossa luotiin muun muassa malli keuhkohtaumapotilaan ohjauksesta. Mallissa yhtenä keskeisenä osa-alueena on tupakasta vieroitus, joka sisältää hoitosuosituksen, kuuden K:n mallin, muutosvaiheet, nikotiinikorvaushoidon, vieroituslääkehoidon ja vieroitusryhmät. (Puirava 2011,4.) Syksyllä 2011 mallinnettiin potilaan savuttomuuden polku hoitomalli osana projektisuunnittelijan Liisan Puiravan kehittämistyötä savuttomuuden edistämiseksi PPSHP:ssä. Se pohjautuu kuuden K:n malliin; Kysy, Keskustele, Kirjaa, Kehoita, Kannusta ja Kontrolloi. Potilaan savuttomuuden polku sisältää tupakointitottumusten kartoittamisen ja nikotiiniriippuvaisen potilaan hoi-

tomallin (PPSHP 2011, Potilaan savuttomuuden polku, Hakupäivä 18.3.2014). Potilaan savuttomuuden polku-malli löytyy sähköisessä muodossa PPSHP internet- sivuilta ja on näin ollen kaikkien saatavilla. Henkilöstön ja työyhteisöjen savuttomuutta arvioidaan säännöllisin väliajoin tehtävän työolobarometrikyselyn avulla (Savuton sairaala-toimintaohjelma PPSHP:ssä 2012, 6.)

Jo vuodesta 1980 lähtien PPSHP:ssä on ollut terveyskasvatusyhdyshenkilöitä. Suomen sairaaloissa terveyskasvatuksen tehostaminen käynnistyi Lääkintöhallituksen ohjekirjeen myötä 1978. Kirjeessä ohjeistettiin muun muassa terveyskasvatuksen yhdyshenkilöiden nimeämisestä ja terveyskasvatuksen yhteistyöryhmien perustamisesta sairaaloihin. (Hallma-Keiskoski & Puolakka 2005, 2241.)

## 6 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN JA MENETELMÄT

Kehittämistyö toteutettiin yhteistyössä PPSHP:n perusterveydenhuollon yksikön terveyden edistämisen henkilökunnan kanssa. Opettajat Minna Perälä, Hilkka Honkanen ja Pirkko Sandelin Oulun seudun ammattikorkeakoulun (OAMK) sosiaali- ja terveystieteiden yksiköstä seurasivat kehittämistyön etenemistä sekä antoivat suullista ja kirjallista palautetta säännöllisesti pidettävissä ohjauspalavereissa. (Kuvio 2.) Osa ohjauspalavereista toteutettiin ryhmäohjauksena, joten tutkija sai myös tärkeää vertaistukea ja palautetta muilta opiskelijoilta, jotka tekivät opinnäytetyötä. Seppälä-Järvelä (2004) mukaan arviointitieto on välttämätön edellytys sille, että kehittämisprosessin aikana syntynyttä tietoa ja osaamista voidaan hyödyntää jatkossa laajemminkin. Kerätty palaute ja arviointitietoa on myös tärkeä osa tutkimusaineistoa.



KUVIO 2. Tutkimus- ja kehittämistyöhön osallistuneet tahot

## 6.1 Etnografinen lähestymistapa

Laadulliselle tutkimukselle on ominaista, että tutkimuskohteena on aina ajatteleva ja toimiva ihminen omassa viitekehysessään. Laadullisen tutkimuksen aineisto valitaan harkinnanvaraisesti tutkimuskysymysten mukaan. Pyritään löytämään »hyviä tiedonantajia», joiden avulla voidaan muodostaa monipuolinen kuva tutkittavasta ilmiöstä. Tärkeää on löytää mahdollisimman monia erilaisia näkökulmia tutkittavaan asiaan. (Aira 2005, 1073-1074.) Valitsin opinnäytetyöni tutkimukselliseksi lähestymistavaksi etnografisen tutkimuksen, koska siinä korostuvat toimintakulttuurin, toimintaympäristön ja sosiaalisen todellisuuden sekä osallistujien käsitysten kuvaaminen ja tutkiminen (Janhonen & Nikkonen 2003, 49.)

Sana etnografia tulee kreikan kielestä ja tarkoittaa ihmisistä kirjoittamista tai kulttuurista kirjoittamista (Holloway & Todres 2006, 208). Etnografia on yksi laadullisen tutkimuksen metodeista (Roper & Shapira 2000, 11.) Se on kehittynyt perinteisen kulttuuriantropologian tutkimuksen yhteydessä, kun on tutkittu alkuperäiskansoja. Keskeistä kulttuuriantropologiassa on ihmisyyhteisöjen ja yhteiskunnan tutkiminen. (Paunonen, Vehviläinen-Julkunen 1997, 137.) Etnografia liitetään usein myös sosiaalitieteisiin (Vuorinen 2005, 63).

Metsämuurosen (2008) mukaan etnografista tutkimusotetta voidaan soveltaa, kun halutaan kuvata tai ymmärtää esimerkiksi sairaalan osaston, luokan, koulun tai jonkin ihmisryhmän toimintaa, ihmissuhteita ja toiminnan organisoitumista. Etnografia voidaan nähdä prosessina, jonka aikana tutkimuskohteesta saatavaa tietoa kuvataan eri konteksteissa ja eri puolilta kuten Honkasalo (2008) ilmaisee. Etnografialle ominaisia piirteitä ovat kohtuullisen aikaa kestänyt kenttätyö, aineistojen, menetelmien ja näkökulmien monipuolisuus sekä tutkimuksen suorittaminen niissä olosuhteissa, joissa tutkimukseen osallistuvat toimivat (Lappalainen 2007, 11; Honkasalo 2008, 5). Etnografista tutkimusta on tehty hyvinkin erilaisissa yhteisöissä ja paikoissa kuten kouluissa, laitoksissa, työpaikoilla, asuinalueilla jne. (Lappalainen 2007, 11).

Roperin ja Shapiran (2000) mukaan perinteisessä antropologiassa etnografia tarkoittaa kenttätöitä. Kenttätö tarkoittaa pitkäkestoista tiedonhankintaprosessia, jossa tutkija käyttää itseään tiedonhankinnan instrumenttina (Honkasalo 2008,5). Tutkija on kiinnostunut tutkittavasta ilmiöstä luonnollisessa ja todellisessa ympäristössään. Tutkija on kiinnostunut ymmärtämään osallistujien näkemyksiä tutkittavasta ilmiöstä (Roper & Shapira 2000, 12.) Tavoitteena on ymmärtää ihmisten toimintaa ja sen sisältämiä sosiaalisia merkityksiä tietyssä ympäristössä (Vuorinen 2005, 63). Tutkija on osa yhteisöä ja ympäristöä, jota hän pyrkii ymmärtämään ja tulkitsemaan. Hän hakeutuu ihmisten pariin ja kokoaa aineistoa toimiessaan sekä ollessaan heidän kanssaan vuorovaikutuksessa. (Janhonen & Nikkonen 2003, 49). Tutkija on sekä ulkopuolinen havainnoija että aktiivinen osallistuja, joka pystyy eläytymään tutkittavan yhteisön ja sen jäsenten näkemyksiin (Honkasalo 2008, 5). Tutkija tarkkailee, haastattelee ja keskustelee tutkittavien kanssa ja pyrkii näin saamaan monipuolisesti tietoa siitä ilmiöstä, jota on lähtenyt tutkimaan (Metsämuuronen 2008, 21). Tutkimusprosessin aikana tutkijan rooli vaihteli aktiivisen osallistujan ja ulkopuolisen havainnoitsijan välillä (Roper & Shapira 200, 27).

Etnografisessa kenttätöössä tarkastellaan, mitä kentällä on menossa, kuinka kentän sosiaalinen todellisuus tuotetaan ja kuinka todellisuutta ylläpidetään. Tutkimus kohdentuu ennen kaikkea ihmisiin kollektiiveina, ei niinkään yksilöinä (Angrosino 2007, 1.) Tutkimukseen osallistuvista ihmisistä käytetään nimitystä *informantti*, joka tarkoittaa sananmukaisesti tiedon antajaa tai välittäjää (Vuorinen 2005, 65; Hollyway & Todres 2006, 214).

Tällä kehittämistyöllä tuotettiin kuvauksia ja selityksiä ihmisistä sekä heidän toimintamalleistaan tutkittavan ilmiön suhteen, tietyssä kontekstissa (Janhonen & Nikkonen 2003, 45.) Empiirinen ja arkinen tieto, jota kerättiin osallistumalla, keskustelemalla, kirjaamalla ja kyselyn avulla kytkeytyi teoriaan koko tutkimusprosessin ajan (Honkasalo 2008,9). Etnografisen lähestymistavan mukaan tässä kehittämistyössä yhdisteltiin useita erilaisia aineistonkeruun menetelmiä ja aineistoja, jotka on kerätty eri tilanteissa (Hirsjärvi ym. 2007, 187). Tämä kehittämistyö on ollut pitkä prosessi, joka alkoi syksyllä 2011 ja päättyi syksyllä 2014. Tutkimuksellinen osuus toteutettiin kahdessa eri vaiheessa.

## 6.2 Vaihe I: verkostopalaverit

**1. vaihe** käynnistyi syksyllä 2011, jolloin päätin opinnäytetyön aiheen ja tein yhteistyösopimuksen entisen Terveiden edistämisen yksikön kanssa. Osallistuin lokakuussa 2011 verkostopalaveriin, johon oli kutsuttu Oys:n tupakkahoitajia ja savuton -sairaalahdyshenkilöitä. (Taulukko 3.) Palaveriin osallistui kolme tupakkahoitajaa, tutkija, projektisuunnittelija ja terveyden edistämisen koordinaattori. Palaverin alussa esitelin itseni sekä kerroin opinnäytetyöni tavoitteista ja toteuttamisesta. Kerroin myös, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja palaverissa tuotettua aineistoa tullaan käsittelemään yleisellä tasolla. Kaikki osallistujat antoivat suullisen suostumuksensa tutkimukseen. Tämän jälkeen kerroin osallistujille tulevaisuuden muistelu menetelmästä.

*TAULUKKO 3. Verkostopalaverit, aikataulu ja osallistujat*

Palaverit	Menetelmät	Ajankohta	Osallistujat
1. Verkostopalaveri	Tulevaisuuden muistelu	11/2011	3 tupakkahoitajaa
2. Verkostopalaveri	Learning cafe	12/2011	4 tupakkahoitajaa
3. Verkostopalaveri	Keskustelupiiri	1/2012	3 tupakkahoitajaa

### 6.2.1 Tulevaisuuden muistelu menetelmä

Verkostopalaveri vietiin läpi tulevaisuuden muistelumenetelmällä, joka kuuluu nk. ennakointidialogeihin. Tulevaisuuden muistelu-palavereissa ennakoidaan ja suunnitellaan asiakkaan, perheen tai yhteisön hyvää tulevaisuutta. Tavoitteena on tuottaa yhteistyöhön selkeyttä ja koordinaatiota sekä luoda toimintasuunnitelma. (Kokko 2006, 7). Menetelmässä korostuu asiakaslähtöisyys, verkoston osallisuus, vuoropuhelurakenne, voimavarakeskeisyys ja tulevaisuusorientaatio (Kokko 2007, 170.) Kivipellon (2008) mukaan ryhmämuotoinen tiedonkeruu ja dialogisuus mahdollistavat uusien näkökulmien avautumisen ja yhdessä oppimisen. Tutkija toimii palaverin vetäjänä ja projektisuunnittelijana kirjuriina. Keskustelussa lähdettiin liikkeelle väljillä teemoilla ja muutamilla avoimilla kysymyksillä.

Avoimet kysymykset:

1. Vuosi on kulunut ja tupakkahoitajaverkosto on organisoitu ja toimintaa tehostettu. Mikä sinua erityisesti ilahduttaa? Mihin olet tyytyväinen?
2. Mikä mahdollisti muutoksen ja myönteisen kehityksen?
3. Mistä olit huolissasi vuosi sitten? Mikä sai huolesi vähene-  
mään?

Kysymykset käytiin yksitellen läpi. Keskustelun edetessä tarkoituksena oli syventää tutkittavasta ilmiöstä saatavaa tietoa tarkentavilla kysymyksillä; kerrotko lisää, mitä tarkoitat jne. (Nikkonen, Janhonen & Juntunen 2003, 65.) Palaverin aikana osallistujien puheenvuorot ja näkemykset kirjattiin paperitaululle lausein kaikkien nähtäväksi. Lopuksi tehtiin yhteenvetoa keskustellen. (Seikkula, Arnkil 2005, 65.) Aineistonkeruun apuna ei käytetty nauhuria. Verkostopalaveri kesti kaksi tuntia. Palavereissa tuotettu kirjallinen aineisto on tutkijan tutkimusaineistoa.

Tutkimusaineistoa täydennettiin vielä toisessa tupakkahoitajien kanssa pidetyssä verkostopalaverissa joulukuussa 2011, koska ensimmäiseen palaveriin osallistui vain kolme tupakkahoitajaa. Toiseen palaveriin osallistui neljä tupakkahoitajaa, joista vain yksi oli ollut ensimmäisessä palaverissa, sekä tutkija ja projektisuunnittelija. Palaverin alussa esittelin itseni ja kerroin opinnäytetyöstäni sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Kaikki osallistujat antoivat suullisen suostumuksensa tutkimukseen. Palaveri vietiin läpi learning cafe menetelmää mukaillen.

## **6.2.2 Learning Cafe**

Learnin cafe eli oppimiskahvila on yhteistoimintamenetelmä, joka sopii hyvin isoille ryhmille esim. 12 henkilöä. Menetelmä pohjautuu avoimeen keskusteluun, omien näkemysten esille tuomiseen sekä yhteisen ymmärryksen löytämiseen. Toisten mielipiteitä voidaan kommentoida ja kyseenalaistaa mutta tärkeää on yhteisen näkemyksen löytäminen. Menetelmän ideana on, että osallistujat jakautuvat erillisiin pöytäkuntiin tasaisesti. Jokaiseen pöytään valitaan puheenjohtaja/kirjuri. Pöytäkunnissa keskustelu käynnistetään valituilla teemoilla tai kysymyksillä ja jokainen voi vapaasti kirjoittaa ajatuksiaan ja ideoitaan yhteiselle ”pöytäliinalle”, paperille. Puheenjohtaja ohjaa keskustelua ja huolehtii siitä, että jokainen saa äänensä kuuluviin. Tietyin väliajoin (n.30 min) osal-

listujat vaihtavat pöytäkuntaa vain puheenjohtaja pysyessä omassa pöydässään. Puheenjohtaja kertoo lyhyesti aiemman pöytäseurueen ajatukset ja ideat, jonka jälkeen keskustelu jatkuu. Tarkoituksena on syventää valittua teemaa. Lopuksi jokainen puheenjohtaja esittelee lopputulokset kaikille osallistujille. (Innokylä, Learning cafe eli oppimiskahvila hakupäivä 14.4.2014.)

Koska toiseen verkostopalaveriin osallistui yhteensä vain 6 henkilöä, niin muodostimme vain yhden pöytäkunnan. Projektisuunnittelija toimi kirjurina ja tutkija puheenjohtaja. Alustin keskustelua esittelemällä ensimmäisessä palaverissa tuotettua aineistoa kysymys kerrallaan. Tämän jälkeen osallistujat saivat muutaman minuutin miettiä ja kirjoittaa ajatuksiaan paperille ylös, jonka jälkeen käytiin keskustelua kysymys kerrallaan. Tarkoituksena oli saada lisää näkemyksiä tutkittavasta ilmiöstä sekä syventää jo saatua aineistoa. Lopuksi tein puheenjohtajana yhteenvetoa yhteisestä näkemyksestä tutkittavan ilmiön suhteen.

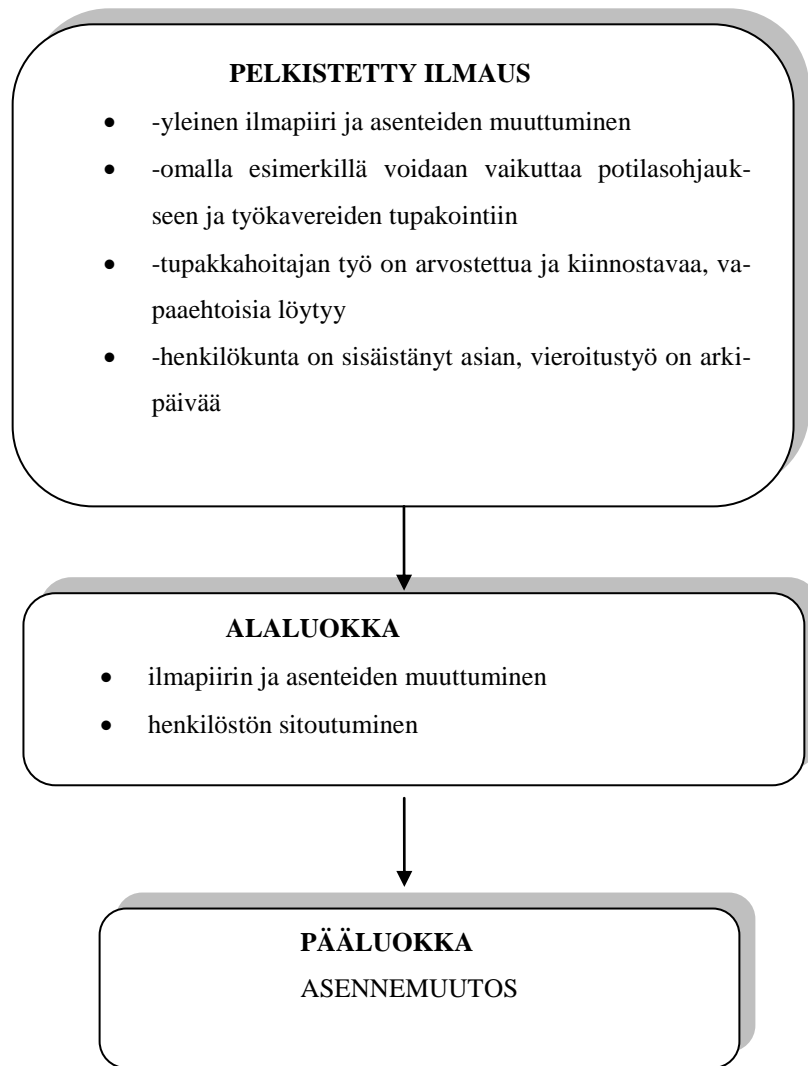
Kolmannessa verkostopalaverissa keskityimme osallistujien kanssa pohtimaan tupakka-hoitajien työnkuvaa ja tehtäviä sekä verkoston organisointia tarkemmin. **1.vaiheessa** aineiston keräämisessä nojauduttiin avoimeen haastatteluun ja reflektiiviseen keskusteluun sekä mielipiteiden tarkasteluun ja yhteisen näkemyksen muodostamiseen. Kirjallista aineistoa syntyi kolme kappaletta A4 paperia, joissa on pelkistettyjä lauseita. Verkostopalavereissa tuotettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin 1 ja 2.

### **6.2.3 Sisällönanalyysi**

Verkostopalavereissa tuotettu aineisto analysoitiin sisällön analyysimenetelmää käyttäen. Lähtökohtana oli aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu (Hirsjärvi ym.2007, 160.) Tavoitteena oli tutkittavan ilmiön käsitteellistäminen eli ilmiön selittäminen ja ymmärtäminen (Paunonen, Vehviläinen-Julkunen 1997, 144.) Sisällönanalyysin vaiheet olivat; analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, luokittelu ja tulkinta (kuvio 3.). Alkuperäinen aineisto käytiin tarkasti läpi ja koodattiin värikoodein. Olennaista oli, että samaa tarkoittavat asiat luokiteltiin samaan kategoriaan. (Latva, Vanhanen-Nuutinen 2003, 21-24.) Tässä kehittämistyössä sisällönanalyysi tarkoittaa aineiston tiivistämistä, luokittelua ja teemoittelua. Analyysin tarkoituksena oli järjestää aineisto selkeään ja tiiviiseen muotoon sekä luoda mahdollisimman



yhtenäinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston analyysin kautta syntyy lopulta tutkimuksen johtopäätökset ja tulkinta, joihin yhdistyy myös kokoamani teoreettinen tieto sekä minun reflektiivinen pohdinta. (Paunonen, Vehviläinen-Julkunen 1997, 145.)



*KUVIO 3. Esimerkki aineiston luokittelusta*

### 6.3 Vaihe II: Webropol-kysely

Webropol-kysely toteutettiin keväällä 2014. Aineisto kerättiin Terveiden edistäminen PPSHP:ssä kyselyn yhteydessä ja kyselyn toteuttivat OAMK:n ylempää ammattikorkeakoulututkintoa (YAMK) opiskelevat terveyden edistämisen opiskelijat yhdessä PPSHP:n perusterveyden huollon terveyden edistämisen kanssa. Terveiden edistämisen PPSHP:ssä kyselyssä selvitettiin hoitohenkilöstön osaamista, valmiuksia ja asenteita terveysneuvonnasta sekä kykyä puuttua haitallisiin terveystottumuksiin kuten alkoholin käyttö, tupakointi jne. Kyselyssä käytettiin valmista kyselylomaketta, jota on aiemmin käytetty Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yhteisessä terveyden edistämisen hankkeessa. Kyselylomaketta muokattiin ja siihen lisättiin muutamia kysymyksiä liittyen tupakointiin ja tupakasta vieroitustyöhön.

Kyselylomake esiteltiin, jotta sen toimivuutta ja sisältöä voitiin arvioida. Esitestaukseen osallistuivat TAMK opiskelijat ja PPSHP:n perusterveydenhuollon terveyden edistämisen henkilökunta. Esitestauksen jälkeen muutamia kysymyksiä vielä hiottiin, jonka jälkeen valmis kyselylomake (Liite 2) tallennettiin webropol ohjelmaan. Kyselylomakkeella kartoitettiin vastaajien taustatietoja yhteensä 12 kysymyksellä. Taustatietoina kysyttiin muun muassa vastaajien ikää, sukupuolta, työyksikköä, vastuualuetta, ammattiryhmää, työaika-työmuotoa jne. Kysely-tutkimuksessa käytettiin pääsääntöisesti mielipideväittämiä sisältävää 4-portaista Likertin järjestysasteikkoa, jonka ääripäät olivat esimerkiksi ”täysin ei mieltä” ja ”täysin samaa mieltä”. Likert asteikko kysymyksiä oli yhteensä seitsemän. Kysymys numero 13 oli avoin kysymys. Kaikilta vastaajilta kysyttiin samat kysymykset.

Kysely-tutkimus toteutettiin maaliskuuhun 2014. Webropol-kysely lähetettiin OYS:n hoitohenkilökunnalle 12.3.2014 sähköpostitse erillisenä linkkinä neljällä tulosalueella; medisiininen, operatiivinen, psykiatria sekä lapset ja naiset. Hoitohenkilökunnalla oli kaksi viikkoa aikaa vastata kyselyyn. Tämän jälkeen hoitohenkilökunnalle lähetettiin vielä muistutusviesti sähköpostilla, jonka jälkeen oli vielä kaksi viikkoa aikaa vastata kyselyyn. Kysely lähetettiin yhteensä 4275 henkilölle. Kyselyyn vastasi yhteensä 1007 henkilöä, joten vastausprosentiksi tuli 23%.

Tutkijan analysoi kaikki kyselyn taustatietoja kartoittavat kysymykset ja ne kysymykset, jotka liittyivät tupakointiin ja tupakoinnin lopettamisen tukemiseen sekä tupakasta vieroitustyön toteutumiseen, asenteisiin ja osaamiseen. **2.vaiheessa** haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin 3-5. Tiedonkeruuta on tapahtunut koko tutkimus- ja kehittämissuorituksen ajan. Säännöllisin väliajoin olen tiedottanut yhteistyökumppaneille ja opettajille työn etenemisestä.

## 7 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

### 7.1 Vaihe I tulokset: verkostopalaverit

Alla on esitetty verkostopalaverien tulokset. Verkostopalavereissa saatiin vastauksia kehittämistyön kysymyksiin 1. ja 2.

#### 7.1.1 Tupakkahoitajaverkoston nykytila ja kehittämistarpeet

Tupakkahoitajien näkemyksen mukaan tupakkahoitajaverkosto on hajallaan ja PPSHP:ssä savuton sairaala toiminta on jäänyt unholaan. Tupakkahoitajien mukaan heidän työtään ei arvosteta eikä esimiehiltä ja johdolta saada riittävästi tukea. Verkoston toiminta nähdään puutteelliseksi ja toiminta ei ole riittävän organisoitua. Tupakkahoitajien tieto taito ei ole ajan tasalla. Yhteisiä tapaamisia ei ole ollut eikä koulutusta ole järjestetty. Tupakkahoitajat olivat huolissaan myös siitä, että riittääkö verkostossa tekijöitä.

Tupakkahoitajaverkoston nykytilaa kuvaa myös se, että jokaiseen verkoston palaveriin osallistui vain 3-4 tupakkahoitajaa. Palaverikutsuja lähetettiin alun perin 14 tupakkahoitajalle, joiden tiedot olivat terveyden edistämisen koordinaattorilla. Osa kutsun saaneista ei tiennyt olevansa tupakkahoitajaverkostossa tai ei ollut enää töissä OYS:ssa ja osalla tupakkahoitajista oli myös savuton sairaala yhdyshenkilönimike.

Tupakkahoitajien näkemyksen mukaan verkosto tarvitsee imagon nostoa ja näkyvyyttä lisää sekä aktiivisen vetäjän. Olisi myös tärkeää, että jokin taho valvoisi ja koordinoisi verkoston toimintaa. Verkoston jäsenillä tulisi olla **uusi** vetovoimaisempi **nimeke** esimerkiksi tupakasta vieroituksen yhdyshenkilö tai savuttomuusyhdyshenkilö. Verkosto tarvitsee vapaaehtoisia, aktiivisia jäseniä. Verkoston tulisi olla tiheä eli jokaisella osastolla tai vähintäänkin jokaisella vastuualueella tulisi olla nimetty tupakasta vieroituksen yhdyshenkilö. Näin vastuu jakautuisi ja yhdyshenkilöt saisivat tärkeää vertaistukea. Verkoston toiminnan tulisi olla tavoitteellista sekä toimintaa tulisi arvioida ja seurata.

Yhdyshenkilöiden **osaaminen** ja **tehtävät** tulisi olla määriteltynä ja kirjattuna ylös. Osaamisesta tulisi huolehtia säännöllisellä ja ajantasaisella koulutuksella. Erityisesti toivottiin **koulutusta** nikotiiniriippuvuudesta, korvaushoidosta ja lääkehoidosta. Eri-tyisosaamisen toivottiin myös näkyvän palkkauksessa. Erityisen tärkeänä nähtiin se, että yhdyshenkilöt tietävät tehtävänsä ja tavoitteensa sekä toiminnalla on kehykset. Taulukossa 4 on esitetty toimiva tupakasta vieroituksen yhdyshenkilöverkosto, tupakkahoitajien näkemyksen mukaan.

**Riittäviä resursseja** toivottiin myös. Toivottiin enemmän aikaa potilaiden kanssa ja aikaa tupakasta vieroitustyöhän sekä sen kehittämiseen. Tupakasta vieroitustyössä käytettäviä ohjeita ja materiaalia tulisi päivittää sekä olla helposti saatavilla.

Tupakkahoitajien mielestä hoitohenkilökunnan keskuudessa tarvitaan myös **asenne-muutosta**. Kaikkien tulisi nähdä tupakasta vieroittaminen tärkeänä asiana ja osana potilaan kokonaisuhoitoa. Hoitohenkilökunnan tulisi sisäistää yhteiset käytännöt ja ohjeet. Omalla esimerkillä tulisi pyrkiä vaikuttamaan potilaiden ja työtovereiden tupakointiin.

### **7.1.2 Tupakasta vieroituksen yhdyshenkilöverkosto tulevaisuudessa**

Taulukossa 4 on esitetty tupakkahoitajien näkemys siitä, millainen olisi toimiva tupakasta vieroituksen yhdyshenkilöverkosto. Taulukossa on avattu tarkemmin verkoston organisointia, tavoitetta, tehtäviä ja yhdyshenkilöiden osaamista

#### TAULUKKO 4. Tupakasta vieroituksen yhdyshenkilöverkosto

Tupakasta vieroituksen yhdyshenkilöverkosto	
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Organisointi:</b> Verkosto on tiheä, jokaiselle osastolle/vastuualueelle on nimetty tupakasta vieroituksen yhdyshenkilö. Verkoston toimintaa koordinoidaan vastuualuetaholta. Perusterveydenhuollon terveyden edistäminen tukee verkoston toimintaa. Verkoston jäsenet tapaavat säännöllisesti kaksi kertaa vuodessa.</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tavoite:</b> Tukea potilaiden ja heidän lähipiirin savuttomuutta sekä edistää potilaiden tupakkatuotteiden käytön lopettamista.</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tehtävät:</b> Yhdyshenkilö osallistuu yhdyshenkilötoimintaa ja koulutuksiin sekä ylläpitää savuttomuusteema osastoilla ja vastuualueella. Yhdyshenkilön tehtäviin kuuluu myös tupakointiin ja tupakoinnin lopettamiseen liittyvän materiaalin ja ohjeiden päivittäminen osastoilla.</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Osaaminen:</b> Yhdyshenkilöillä on syvällistä tietoa tupakoinnin terveysvaikutuksista, nikotiiniriippuvuudesta, nikotiinikorvaushoidoista ja lääkehoidosta. Heillä on myös tietoa tupakointitavan kartoittamisesta, nikotiiniriippuvuuden vaikeusasteen määrittämisessä ja tupakoinnin lopettamisen tukemisessa käytettävistä menetelmistä.</li></ul>	

### 7.2 Vaihe II tulokset: Webropol-kysely

Alla on esitetty Webropol-kyselyn tulokset. Kyselyllä saatiin vastauksia kehittämistyön kysymyksiin 3-5. Tulosten esittämisessä on hyödynnetty Webropolin reaaliaikaista perusraporttia, joka näyttää suorat jakaumat, keskiarvot ja lukumäärät tai prosentit kuvajina. Perusraportti on viety myös Excel- ja Word muotoon, jossa kuvaajia on muokattu.

### 7.2.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajien sukupuoli, ikäluokka ja ammattiryhmä esitetään taulukossa 5. Kyselyyn vastanneista 86% oli naisia ja 14% miehiä. Vastaajista lähes 80% oli iältään 26-55 vuotta. Alle 25 vuotiaiden osuus oli pienin (3%). Vastaajien keski-ikä oli 44 vuotta. Yli puolet (63%) vastaajista ilmoitti ammatikseen sairaanhoitaja tai kätilö. Lääkäreiden sekä nimikesuojattujen kuten lähihoitajien ja lääkintävahtimestareiden osuus oli 12%. Ammattiryhmistä fysioterapeuttien osuus oli pienin (3%). 5% vastaajista oli valinnut vastausvaihtoehdon muu ammattiryhmä ja tarkentanut avoimeen kohtaan röntgenhoitaja, osastonhoitaja, suuhygienisti, kuntoutusohjaaja tai audionomi.

TAULUKKO 5. Vastaajien sukupuoli, ikäluokka ja ammattiryhmä

Kysymys	Vastaus	Lkm	%
Sukupuoli (n=981)	Mies	140	14
	Nainen	841	86
Ikäluokka (n=989)	25 tai alle	31	3
	26-35	232	23
	36-45	256	26
	46-55	316	32
	56 tai yli	154	16
Ammattiryhmä (n=1002)	Lääkäri	124	12
	Sairaanhoitaja/kätilö	635	63
	Nimikesuojattu (lähihoitaja, lääkintävahtimestari)	118	12
	Fysioterapeutti	33	3
	Erityistyöntekijä (sosiaalityöntekijä, psykologi, ravitsemusterapeutti)	43	4
	Muu ammattiryhmä	49	5

Lähes puolet (45%) vastaajista ilmoitti työyksikköseen vuodeosaston (Taulukko 6.). Poliklinikalla ilmoitti työskentelevän 26% vastaajista. 12% työskenteli leikkausosastolla ja 10% teholla. Lähes puolet (42%) ilmoitti toimipaikakseen Operatiivisen tulosalueen. Neljäsosalla (25%) vastaajista toimipaikka oli Medisiininen ja viidesosalla (19%) lapset ja naiset.

*TAULUKKO 6. Vastaajien toimipaikka, vastuualue ja työyksikkö*

Kysymys	Vastaus	Lkm	%
Toimipaikka (n=1001)	Lapset ja naiset	192	19
	Medisiininen	249	25
	Operatiivinen	418	42
	Psykiatria	142	14
Vastuualue (n=1006)	200	34	3
	201	47	5
	202	42	4
	203	37	4
	204	84	8
	211	125	12
	212	79	8
	213	89	9
	214	73	7
	215	58	6
	230	110	11
	231	84	8
	260	24	2
	262	61	6
	263	59	6
Työyksikkö (n=983)	Vuodeosasto	441	45
	Poliklinikka	256	26
	Toimenpideyksikkö	70	7
	Teho	99	10
	Leikkausosasto	117	12



Vastaajien työsuhdetiedot ja työaikamuoto esitetään taulukossa 7. Suurin osa vastaajista (83 %) ilmoitti työskentelevänsä aikuispotilaiden kanssa ja tekevänsä kokoaikatyötä (88 %). 11 % vastaajista ilmoitti toimivansa esimiestehtävissä. Suurella osalla (80 %) vastaajista oli vakinainen työsuhde. 41 % vastaajista teki säännöllistä päivätyötä ja 38 % kolmivuorotyötä. Kaksivuorotyötä ilmoitti tekevänsä 15 % vastaajista.

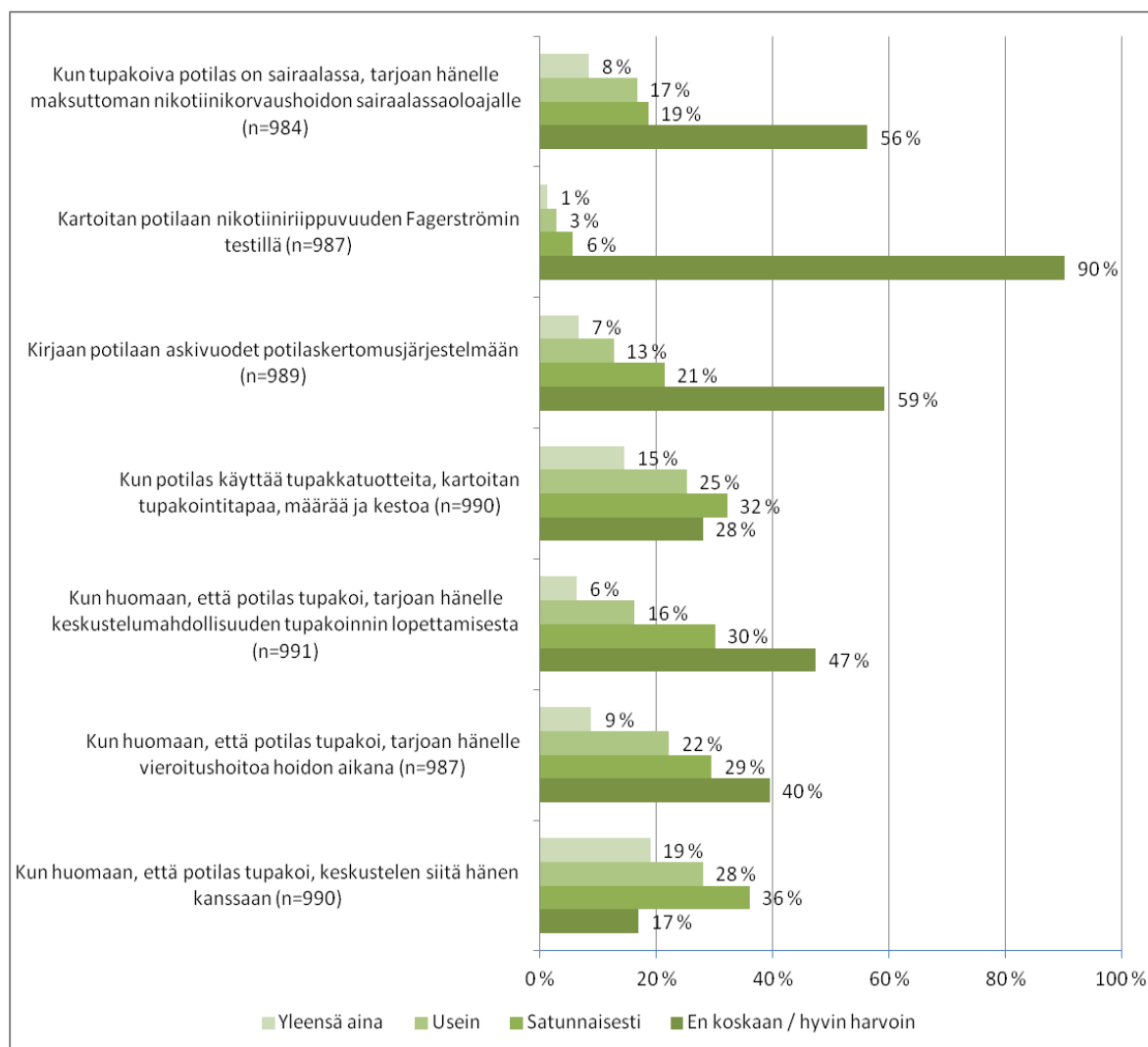
*TAULUKKO 7. Vastaajien työsuhdetiedot ja työaikamuoto*

Kysymys	Vastaus	Lkm	%
Potilasryhmä (n=995)	Aikuiset	822	83
	Lapset	173	17
Esimies (n=1002)	Ei	887	89
	Kyllä	115	11
Työsuhde (n=997)	Vakinainen	797	80
	Määräaikainen	200	20
Työ (n=984)	Kokoaikatyö	869	88
	Osa-aikatyö	115	12
Työaikamuoto (n=995)	Säännöllinen päivätyö	411	41
	Kaksivuorotyö (ilman yövuoroja)	152	15
	Yövuoroja sisältävä vuorotyö (kolmivuorotyö)	376	38
	Säännöllinen yötyö	13	1
	Muu epäsäännöllinen työ	43	4

### 7.2.2 Potilaan savuttomuuden polku- hoitomallin toteutuminen

Puolet (47%) vastaajista ilmoitti keskustelewansa tupakoivan potilaan kanssa tupakoinnista joko aina tai usein. Satunnaisesti ilmoitti keskustelewan 36% vastaajista. Kuitenkin vain joka viides (22%) tarjosi tupakoivalle potilaalle mahdollisuutta keskustella tupakoinnin lopettamisesta. Puolet (47%) vastaajista ilmoitti, että keskustelee hyvin harvoin tai ei koskaan tupakoinnin lopettamisesta tupakoivan potilaan kanssa. Maksutonta nikotiinikorvaushoitoa sairaalahoidon aikana potilaalle tarjosi noin joka viides (17%) vastaa-

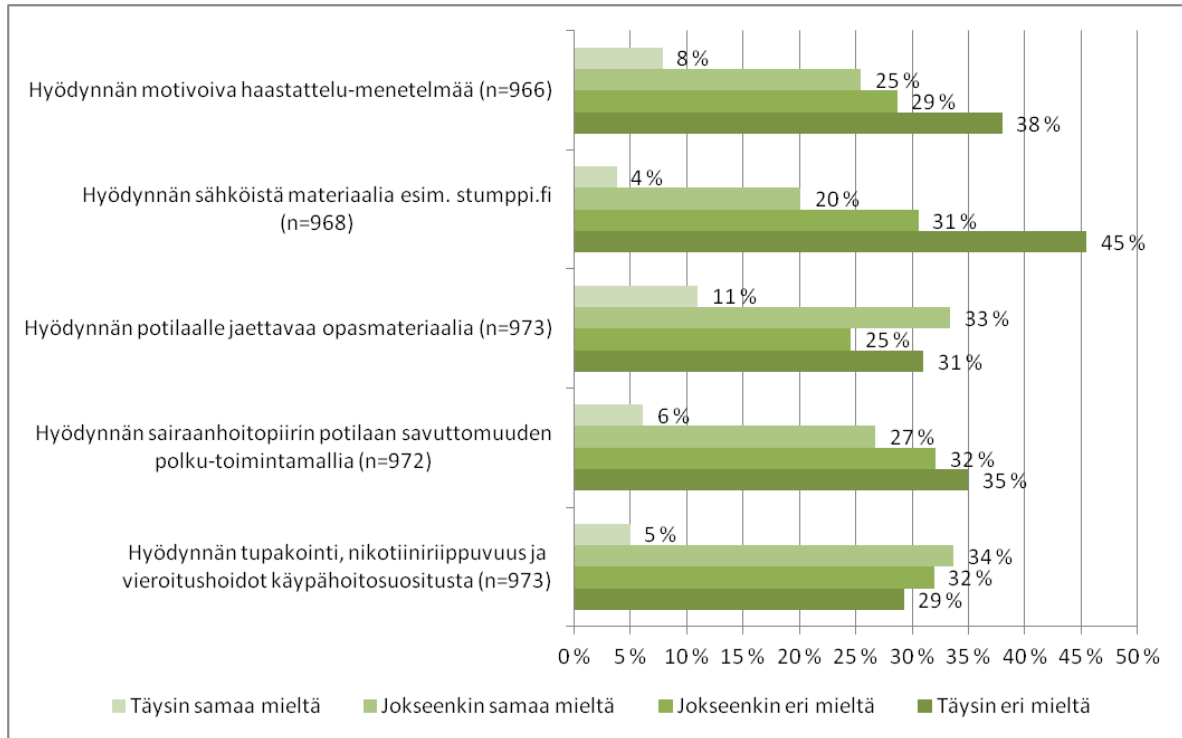
jista. 56% vastaajista ei tarjonnut ollenkaan nikotiinikorvaushoitoa. Potilaan tupakointitapaa, määrää ja kesto kartoitti usein 25% ja satunnaisesti 32% vastaajista. 28% ei kartoittanut tietoja koskaan tai hyvin harvoin. Potilaan askivuodet kirjasi potilaskertomusjärjestelmään aina tai usein vain 20% vastaajista. 59% vastaajista ei kirjannut askivuosia koskaan tai hyvin harvoin. Jopa 90% vastaajista ei kartoittanut koskaan tai hyvin harvoin potilaan nikotiiniriippuvuutta Fagerströmin testillä (kuvio 4.)



**KUVIO 4.** *Tupakasta vieroitustyön toteutuminen*

Noin 40% vastaajista ilmoitti hyödyntävänsä tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot käypähoitosuositusta sekä potilaille jaettavaa opasmateriaalia tupakasta vieroitustyössään. Sairaanhoitopiirin potilaan savuttomuuden polku-toimintamallia ilmoitti hyödyntävänsä kolmasosa vastaajista (Kuvio 5.). Vähiten tupakasta vieroitustyössä

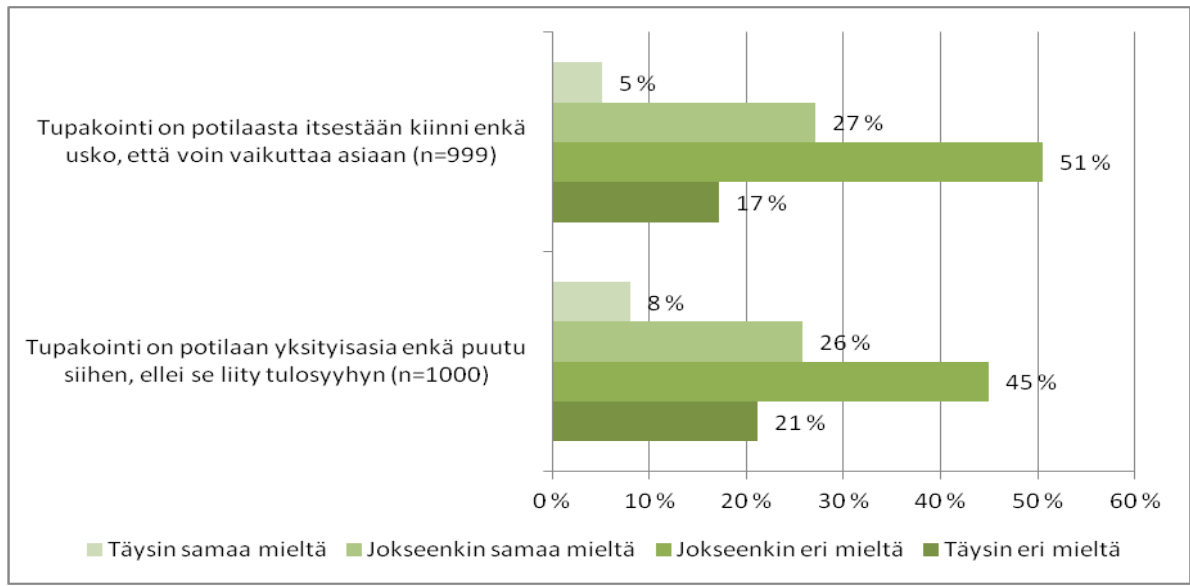
hyödynnettiin sähköistä materiaalia ja motivoiva haastattelumenetelmää. 76% vastaajista ei hyödynnä sähköistä materiaalia kuten stumppi.fi sivustoa ja 67 % ei hyödynnä motivoiva haastattelumenetelmää.



KUVIO 5. Ohjeiden ja suositusten hyödyntäminen vieroitustyössä

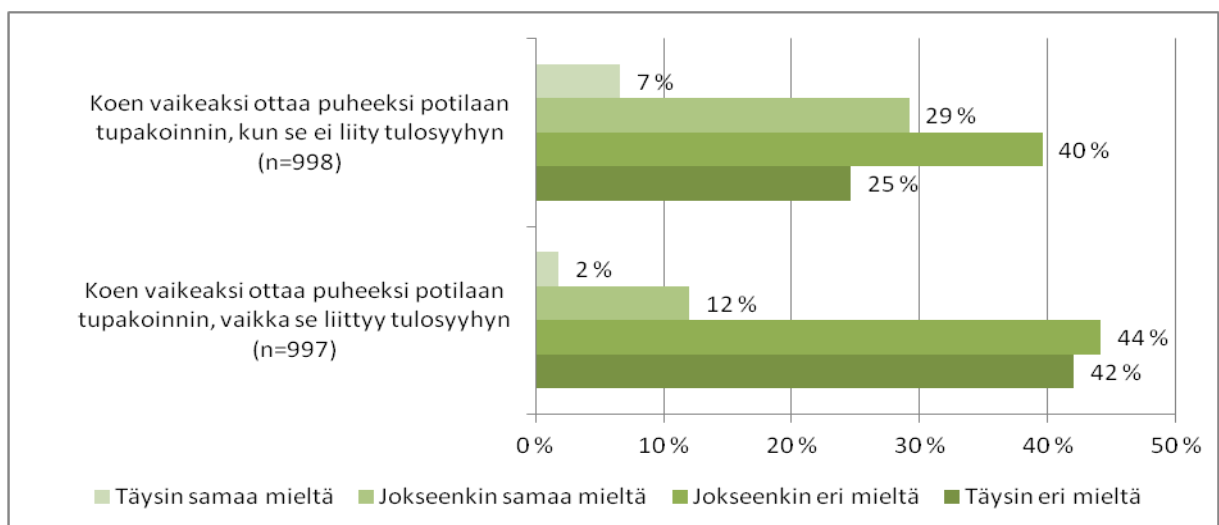
### 7.2.3 Hoitohenkilökunnan suhtautuminen potilaiden tupakointiin ja tupakoinnin puheeksi ottamiseen

Lähes 70% vastaajista oli jokseenkin tai täysin eri mieltä siitä, että tupakointi on potilaan oma asia ja siihen ei voi vaikuttaa (kuvio 6.). Kolmasosa (32%) vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, että tupakointi on potilaan oma asia, eikä siihen voi vaikuttaa. Kolmasosa (34%) vastaajista oli myös sitä mieltä, että tupakointi on potilaan yksityisasia eivätkä he puutu siihen ellei se liity tulosityhyn. Jokseenkin tai täysin eri mieltä asiasta oli lähes 70% vastaajista.



KUVIO 6. Hoitohenkilökunnan suhtautuminen potilaiden tupakointiin

29% vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että potilaan tupakoinnin puheeksi ottaminen on vaikeaa, kun se ei liity tulosityhyn. Jokseenkin eri mieltä asiasta oli 40% ja täysin eri mieltä 25% vastaajista. Vain 2% vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että tupakoinnin puheeksi ottaminen on vaikeaa myös silloin, kun tupakointi liittyy tulosityhyn. Suurin osa (86%) oli asiasta jokseenkin tai täysin eri mieltä. Vastaajien mielestä potilaan tupakoinnin puheeksi ottaminen on helpompaa, kun tupakointi liittyy sairaalan tulosityhyn (kuvio 7.)

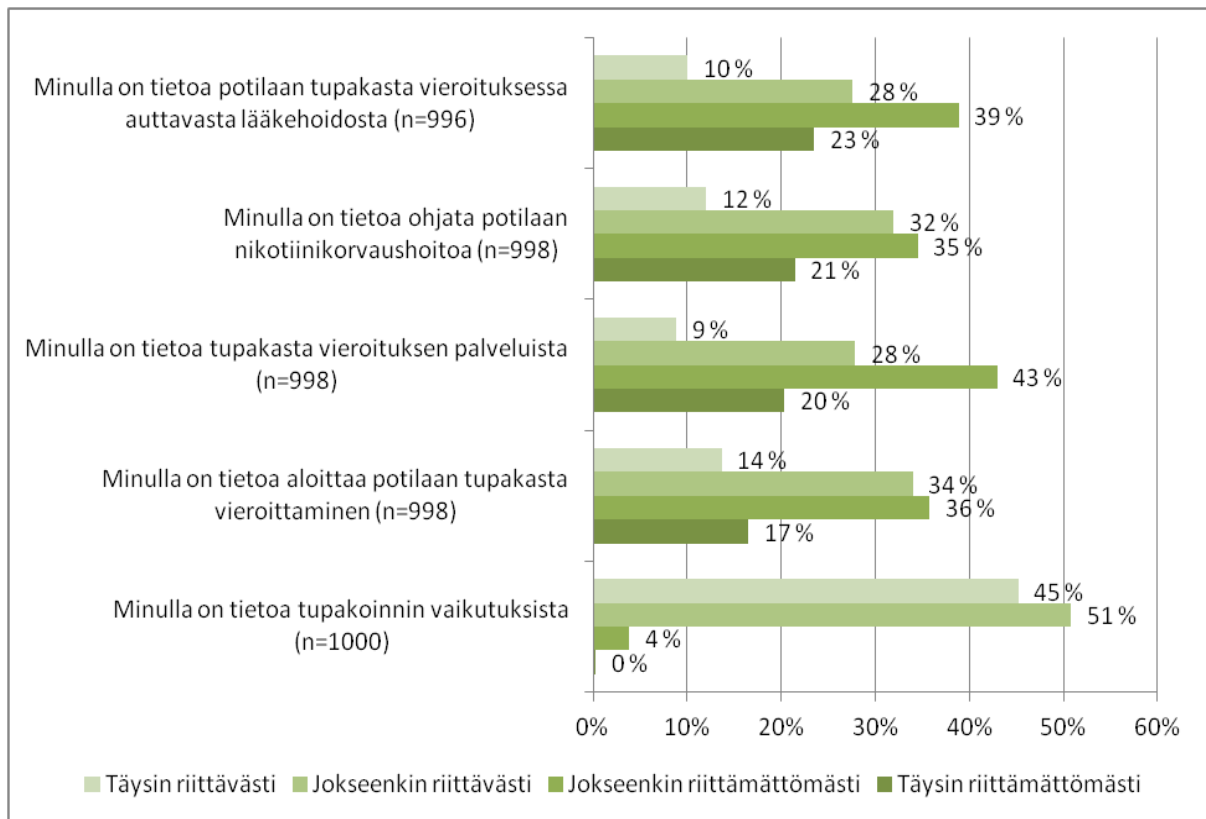


KUVIO 7. Hoitohenkilökunnan suhtautuminen potilaiden tupakoinnin puheeksi ottamiseen

Kysymyksellä 11 kartoitettiin kenelle tupakointitottumusten kartoittaminen, nikotiiniriippuvuuden tunnistaminen ja vieroitushoidot ensisijaisesti kuuluu vastaajien mielestä. Kaksi kolmasosa (66%) vastaajista oli sitä mieltä, että tupakointitottumusten kartoittaminen ja kirjaaminen kuuluu ensisijaisesti kaikille potilastyötä tekeville. Joka viides (22%) vastaajista oli sitä mieltä, että tupakointitottumusten kartoittaminen ja kirjaaminen kuuluu hoitajalle ja 8% lääkärille. Suurin osa (57%) vastaajista oli myös sitä mieltä, että nikotiiniriippuvuuden tunnistaminen ja vieroitushoidon ohjaus kuuluu ensisijaisesti kaikille potilastyötä tekeville. Joka neljäs (24%) oli sitä mieltä asia kuuluu lääkärille ja 15% hoitajalle.

#### **7.2.4 Hoitohenkilökunnan tieto taito tupakasta vieroitustyössä**

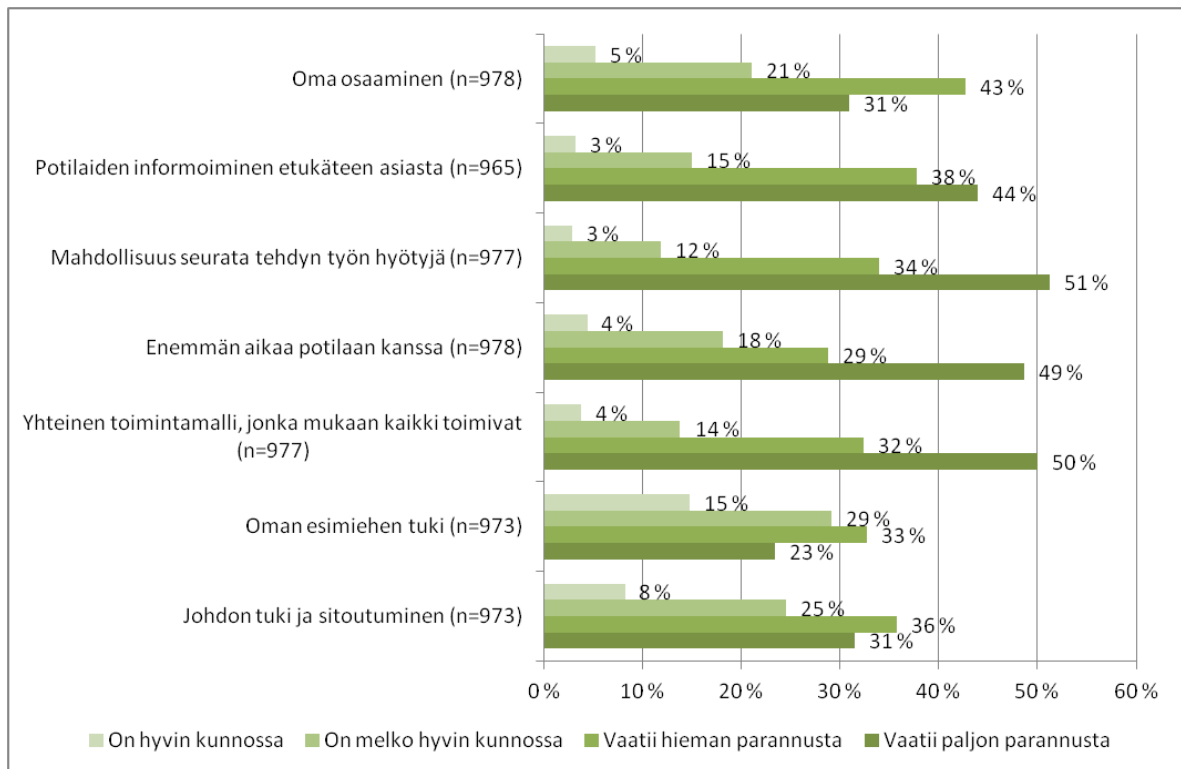
Lähes kaikki (96%) vastaajista oli sitä mieltä, että heillä on riittävästi tietoa tupakoinnin vaikutuksista. Lähes puolet (48%) vastaajista oli myös sitä mieltä, että heillä on riittävästi tietoa aloittaa potilaan tupakasta vieroittaminen. 52% koki kuitenkin, ettei heillä ole riittävästi tietoa aloittaa potilaan tupakasta vieroittamista. Yli 60% vastaajista ilmoitti, ettei heillä ole riittävästi tietoa tupakasta vieroituksen palveluista. Kolmasosa vastaajista oli sitä mieltä, että heillä on jokseenkin riittävästi tietoa nikotiinikorvaushoidoista ja vieroituksessa käytettävästä lääkehoidosta. Yli puolet vastaajista ilmoitti, ettei heillä ole riittävästi tietoa nikotiinikorvaushoidon ohjaamiseen eikä auttavasta lääkehoidosta.



*KUVIO 8. Hoitohenkilökunnan tupakasta vieroittamisen tietotaito prosentuaalinen jakauma*

### 7.2.5 Terveystottumusten puheeksi ottamisen kannalta parannettavia tekijöitä

Suurin osa (80%) vastaajista oli sitä mieltä, että yhteinen toimintamalli, potilaiden informointi etukäteen, enemmän aikaa potilaiden kanssa sekä tehdyn työn hyötyjen seuranta olivat asioita, jotka vaativat hieman tai paljon parannusta. Oma osaaminen sekä johdon tuki ja sitoutuminen olivat asioita, joiden nähtiin vaativan hieman parannusta. 29% vastaajista oli sitä mieltä, että oman esimiehen tuki on melko hyvin kunnossa oleva asia (Kuvio 9.).



KUVIO 9. Parannettavia tekijöitä

## 7.2.6 Hoitohenkilökunnan esille tuomat parannusehdotukset

Kysymys 13. oli avoin kysymys, sillä kartoitettiin hoitohenkilökunnan parannusehdotuksia liittyen muun muassa alkoholin riskikäyttäytymisen, lihavuuden ja masennuksen tunnistamiseen sekä tupakointitottumusten kartoittamiseen ja nikotiiniriippuvuuden tunnistamiseen. Tutkija kävi läpi kaikki avoimet vastaukset ja huomioi kaikki ne vastaukset, joissa mainittiin tupakointiin ja tupakoinnin lopettamiseen liittyviä käsitteitä. Parannus/kehittämis ehdotukset liittyivät lähinnä koulutukseen, osaamiseen, aikaresursiin, asenteisiin, ohjeisiin ja materiaaleihin sekä yhteiseen toimintamalliin.

### Koulutusta henkilökunnalle

Henkilöstö tarvitsee lisäkoulutusta tupakointitottumusten kartoittamiseen ja nikotiiniriippuvuuden tunnistamiseen käytettävistä menetelmistä. Esimerkiksi

Fagerströmin testi oli monelle tuntematon. Koulutusta tulisi myös järjestää, siitä miten ja milloin ottaa puheeksi tupakointi ja tupakoinnin lopettaminen.

*Koulutusta ja resursseja lisää, esim. tupakoinnin lopettaminen, onko mitään ryhmää olemassa potilaille*

*No nuo askivuodet on kyllä aika outo käsite kuin myös Fagerströmin testi...*

*Koulutusta em asioista, Fagerströmin testi aivan vieras*

*Tarvitsisin koulutusta ja tietoa tavoista ottaa asiat puheeksi ja milloin ne tulee ottaa puheeksi. Tarvitsisin tietoa myös minkälaisia kaikkia apukeinoja näihin ongelmiin on*

*Motivoivan haastattelun osaamisen edistäminen*

## **Yhteinen toimintamalli**

Vastaajat toivoivat yhteistä toimintamallia tupakoinnista vieroittamiseen ja tupakoinnin lopettamisen tukemiseen. Toivottiin myös, että yhteiset ohjeet olisi helposti löydettävissä ja kaikkien käytettävissä.

*Voisi pitää lyhyitä peruskursseja kyseisistä asioista, joissa saisi perustietoa, keinoja lopettamiseen / vieroitukseen. Olisi hyvä jos olisi yhtenäiset toimintamallit kyseisiin tapauksiin esim intranetissä helposti löydettävissä*

*Minulla ei ole tietoa kartoituksista eikä hoidoista, kuulin tämän tutkimuksen myötä ensi kertaa maksuttomasta tupakanvieroitusohjelmasta. Siis koulutusta ja yhteiset toimintatavat savuttoman sairaalaan sisälle. esitietolomakkeeseen tulisi jo laatia kohdat kyseisille asioille ja niiden hoitamiselle, esim. fraasit. koulutusta kaikille esim. talon sisäisiä koulutuksia*

## **Resurssit ja välineet**

Vastaajat kokivat ettei heillä ole riittävästi aikaa ottaa puheeksi potilaan elintapoja esimerkiksi tupakointia vaikka halua olisi. Osa vastaajista koki myös ettei heillä ole työkaluja kuten kirjallisia esitteitä auttamaan ja tukemaan potilaan tupakoinnin lopettamista.



*Kaikki asiat mitä kyselyssä otettiin esille tärkeitä. Mutta realiteetti vuodeosastoilla on ettei aikaa näiden ongelmien käsittelyyn ei ole, vaikka tietoa ja halua olisi.*

*Työyksikössämme ei ole mitään konkreettisia työkaluja esim esitteitä , joita voisi antaa potilaalle ja hän voisi esim kotona aloittaa elintapojen (esim tupakoinnin lopett) parantamisen*

*Motivaatio on heikkoa puhua esim. korvaushoidosta, koska oman osaston lääkäriellä ei ole resursseja määrätä hoitoa ja kirjoittaa reseptejä. 📌*

## **Yhteistyö ja jatkohoito**

Vastaajat toivoivat lisää yhteistyötä terveydenhuollon eri ammattiryhmien välillä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitoketjuun toivottiin myös parannusta. Toivottiin tietoa siitä mihin ohjata potilas jatkohoitoon.

*Sairaalahoidot/käynnit ovat lyhyitä, pitäisi olla paremmin toimiva yhteys perusterveydenhoitoon ja siellä resurssit +osaaminen näiden asioiden pitkäjänteisempään hoitoon ja seurantaan. ESH:n tehtävä on nostaa näitä terveydenedistämisasiä esille*

## **Suhtautuminen**

Vastaajista osa koki potilaiden tupakoinnin puheeksi ottamisen tärkeänä ja osa ei. Puheeksi ottaminen tulisi saada osaksi jokapäiväistä hoitotyötä, jotta henkilöstö sitoutuisi yhteiseen tapaan toimia.

*Osoite, jonne ohjata tupakoivat, läskit, masentuneet ja muuten vaan hankalat. Hoidan oman erikoisalalan eikä voi olla tarkoituksenmukaista olla jokaiselle potilaalle kansantautien ja vitsausten valistaja. Pitää niitten potilaitten itse kantaa vastuu jos röökaavat, vetävät huumeita jne.*

*Yleinen tapa ottaa puheeksi kyseiset asiat, ainakaan tällä hetkellä ei ole meidän osastolla tapana keskustella näistä.*

*Erittäin hyvä, että näihin asioihin kiinnitetään huomiota*

*Ovat arkaluontoisia asioita ja vaatii hienotunteisuutta ja osaamista vetää "oikeasta narusta" ettei potilas loukkaannu ja menetä motivaatiota tupakoinnin lopettamiseen tai alkoholin käytön ongelmien selvittämiseen*

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän kehittämistyön tutkimusympäristönä oli Oulun yliopistollinen sairaala sekä tutkimus kohteena savuttomuuden edistäminen ja tupakasta vieroitustyön toteutuminen, josta tulkitaan tupakkahoitajien ja hoitohenkilöstön kuvaamana. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa OYS:n tupakkahoitajaverkoston nykytila sekä kehittämistarpeet. Tarkoituksena oli myös selvittää sairaanhoitopiirin hoitohenkilökunnan suhtautumista, tietotaitoa ja osaamista liittyen tupakasta vieroitukseen ja asiakkaiden savuttomuuden tukemiseen. Tarkoitus oli saada käsitys siitä miten potilaan savuttomuuden polku hoito-  
mallin mukainen tupakasta vieroitustyö toteutuu.

Tulokset osoittavat, että tupakkahoitajaverkosto on hajallaan ja toiminta ei ole organisoitua ja suunnitelmallista. Aktiivisia jäseniä verkostossa on vähän. Verkostotapaamisia ei ole ollut eikä koulutusta ole järjestetty. Verkoston toiminnalta puuttuu koordinoitintaho. Tupakkahoitajat kokevat kuitenkin, että verkostoa tarvitaan, jotta savuton sairaala teema ja potilaiden savuttomuuden tukeminen toteutuu vastuualue- ja osastotasolla. Tupakkahoitajanverkoston kehittämistarpeet kohdistuivat yleiseen ilmapiiriin ja asenteisiin, omaan tietoon ja taitoon ja osaamiseen sekä toiminnan organisointiin ja verkoston tehtäviin. Näiden pohjalta mietittiin yhdessä tupakkahoitajien kanssa verkoston toiminnalle kehyksiä ja tupakkahoitajien tehtäviä. Tulosten perusteella tehtiin ehdotus tupakasta vieroituksen yhdyshenkilöverkoston toiminnasta ja tehtävistä.

Terveystieteen edistämisen kyselyyn vastasi 1007 henkilöä ja vastausprosentti oli 23%. Tyypillinen kyselyyn vastannut henkilö oli 44-vuotias nainen, joka on ammatiltaan sairaanhoitaja. Hän on vakituisessa työsuhteessa ja työskentelee kokoaikaisesti aikuispotilaiden kanssa operatiivisella tulosalueella.

Kyselyn tulokset osoittavat, että hoitohenkilökunta pitää tupakasta vieroitustyötä tärkeänä mutta tupakasta vieroitustyötä ei vielä nähdä osaksi kokonaishoitoa. Tutkimuksen mukaan tupakointitottumusten kartoittaminen ja kirjaaminen sekä nikotiiniriippuvuuden tunnistaminen ja vieroitushoidon ohjaus kuuluu kaikille potilastyötä tekeville. Tämä

nousee esille myös Lehtinen ym. (2010) tekemässä tutkimuksessa. Avointen vastausten perusteella näyttää siltä, että ajan puute ja oman osaamisen puutteet ovat syitä miksi potilaiden tupakointiin ei puututa. Juustilan (2012) mukaan potilaan tupakointiin ei puututa, koska tupakointia pidetään potilaan omana asiana ja tupakoinnin puheeksi ottamisen ei koeta kuuluvan omaan työnkuvaan. Tämä tutkimus osoittaa, että suurin osa (70%) vastaajista kokee, että potilaiden tupakointiin voidaan puuttua ja vaikuttaa. Potilaan tupakointiin puuttumista ei pidätä yksityisyyttä loukkaavana ja henkilökunta on valmis ottamaan tupakoinnin puheeksi potilasta hoitaessaan (Lehtinen ym. 2010, 24.) Kolmas osa vastaajista kuitenkin kokee, että tupakoinnin puheeksi ottaminen on vaikeaa erityisesti silloin, kun tupakointi ei liity sairaalaan tulossyyhyn. Tuloksista käy ilmi, että potilaan tupakoinnin puheeksi ottaminen on helpompaa, kun tupakointi liittyy sairaalan tulossyyhyn.

Tulosten mukaan tupakoivan potilaan kanssa keskustellaan tupakoinnista satunnaisesti ja harvoin tarjotaan mahdollisuutta keskustella tupakoinnin lopettamisesta. Maksutonta nikotiinikorvaushoitoa potilaille tarjoaa sairaalahoidon aikana vain joka viides (17%) vastaajista. Suurin osa (56%) vastaajista ei tarjoa potilaille maksutonta nikotiinikorvaushoitoa koskaan. Tulokset osoittavat myös, että potilaan nikotiiniriippuvuutta ei kartoiteta Fagerströmin testillä sekä potilaan askivuosisia kartoitetaan harvoin. Potilaiden tupakointi tapaa, määrää ja kesto kartoittaminen on satunnaista. Tähän vaikuttaa varmasti se, että tulosten mukaan hoitohenkilökunta ei tunne Fagerströmin testiä ja askivuosi käsitettä. Lehtisen ym.(2010) tutkimuksessa yli puolet (54%) vastaajista keskusteli harvoin potilaan tupakoinnista potilaan kanssa. Reilu kolmasosa (37%) kuitenkin tarjosi tupakoivalle potilaalle vieroitushoitoa mikä on enemmän kuin tässä tutkimuksessa.

Österman (2012) on omassa tutkimuksessa todennut, että potilaiden tupakointitietojen kirjaaminen potilastietoihin on puutteellista. Vain viideltä prosentilta potilaista löytyi terveystietokortista merkintä tupakoinnista. Alle puolelle (47%) oli kirjattu merkintä tupakointikeskustelusta ja lopettamismotivaatiosta potilaskertomukseen viimeisen vuoden aikana.

Tuloksista käy ilmi, että henkilökunta hyödyntää tupakasta vieroitustyössä lähinnä tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot käypähoitosuositusta sekä potilaille jaettavaa kirjallista opasmateriaalia. Vähiten tupakasta vieroitustyössä hyödynnettiin säh-

köistä materiaalia ja motivoiva haastattelumenetelmää. Tulosten mukaan motivoiva haastattelu on monelle tuntematon menetelmä.

Tulosten mukaan hoitohenkilökunnalla on riittävästi tietoa yleisesti tupakoinnista ja tupakoinnin vaikutuksista. Henkilökunta kokee kuitenkin, ettei heillä riittävästi tietoa taitoa aloittaa potilaan tupakasta vieroittamista eikä ohjata nikotiinikorvaushoitoa tai lääkettä (Korhonen 2012, 34-35.) Tupakasta vieroituksen palveluista ja jatkohoitoon ohjauksesta ei ole myöskään tarpeeksi tietoa.

Tulokset osoittavat, että sairaanhoitopiirin potilaan savuttomuuden polkutoimintamallin mukainen vieroitustyö ei vielä toteudu kovin hyvin. Tupakasta vieroitustyö näyttää olevan satunnaista sekä henkilöstä riippuvaista, johon vaikuttaa henkilön asenne, tieto taito ja osaaminen. Vaikka sairaanhoitopiirissä on luotu potilaan savuttomuuden polku hoitomalli, niin sitä ei tunneta eikä hyödynnetä tarpeeksi käytännön hoitotyössä.

Tutkimukseen osallistujien niin tupakkahoitajien kuin hoitohenkilöstön mielestä tupakasta vieroitustyössä parannettavia asioita ovat oma osaaminen, yhteinen toimintamalli ja asenteet. Tarvitaan koulutusta tupakoinnin vieroitushoidosta ja lääkkehoidosta sekä menetelmistä ja palveluista, joita voi hyödyntää tupakasta vieroitustyössä. Esimerkiksi Fagerströmin testi ja askivuosien kartoittaminen ovat olemassa olevia, yksikertaisia menetelmiä, joilla voi kartoittaa nikotiiniriippuvuuden tasoa ja tupakointi historiaa. Näistä tarvitaan koulutusta. Koulutusta tarvitaan myös siitä, miten ja milloin ottaa puheeksi potilaan tupakointi. Yhteisen toimintamallin luominen ja juurruttaminen käytäntöön on tärkeää, jotta henkilöstö voidaan sitouttaa yhteiseen toimintaan. Tämä vaatii henkilöstön perehdyttämistä ja kouluttamista potilaan savuttomuuden polku hoitomalliin. Tarvitaan myös yhteisen käytännön luomista siihen, miten ja minne potilaiden tupakointistatus kirjataan potilaskertomuksessa. Näin potilaiden tupakointia sekä tupakasta vieroitustyötä voidaan seurata ja arvioida. Potilaiden tupakointi tulisi aina huomioida osana kokonaishoitoa ja saada tupakoinnin lopettamiskeskustelu osaksi terveysneuvontaa. Savuton sairaala toimintaa tulisi pitää säännöllisesti esillä niin potilaskontakteissa, osastoilla kuin koulutuksissakin. Jokaiselle osastolle tulisi nimetä tupakasta vieroituksen yhdyshenkilö. Tärkeää on myös, että hoitohenkilökunta omalla esimerkillään edistää potilaiden ja työtovereiden savuttomuutta.

## 8.2 Arviointia prosessista

Tutkimus- ja kehittämisprosessi käynnistyi syksyllä 2011, kun tutkija päätti opinnäytetyön aiheen ja sopi yhteistyöstä Perusterveydenhuollon yksikön kanssa. Tutkijalla oli hallintoylihoitaja Pirjo Kejosen myöntämä tutkimuslupa. (Liite 3)

Prosessi on ollut kaksivaiheinen ja kaksijakoinen. Tutkijan työhaasteiden vuoksi tutkimusprosessi keskeytyi puoleksi vuodeksi kaksi kertaa. Mikä toi omat haasteet työn johdonmukaiselle etenemiselle. Pitkän tauon jälkeen tutkijalla oli vaikeuksia käynnistää prosessia uudelleen sekä koota ajatuksia tutkimuksen toteuttamiseen ja raportointiin. Toisaalta tauot antoivat etäisyyttä tutkimustyöhön ja tauon jälkeen keskeneräistä työtä pystyi katsomaan uusin silmin ja ajatuksin. Tutkijan ajatukset sekä raportin sisältö jalostuivat prosessin myötä. Kaiken kaikkiaan 3 vuotta kestänyt tutkimus- ja kehittämistyö oli haastava ja raskas prosessi mutta samalla myös antoisa ja mielenkiintoinen.

Jokaiseen kehittämishankkeeseen tulisi kuulua seuranta ja arviointia sillä palaute on tärkeä osa tietoista ja muutoshaluista toimintaa (Seppänen-Järvelä 2004, 19). Tässä opinnäytetyössä arviointi on ollut jatkuvaa ja edennyt prosessimaisesti liittyen jokaiseen tutkimus- ja kehittämistyön vaiheeseen. Jatkuvan prosessiarvioinnin tarkoituksena on ollut toimia ennen kaikkea palautteena mutta sitä hyödynnetty myös kehittämistyön ohjaamiseen ja toiminnan parantamiseen. Eli kysymys on ollut toiminnasta kerätyn palautetiedon oppivasta hyödyntämisestä. Prosessiarvioinnin tarkoituksena on ollut auttaa myös selkiyttämään tutkimus- ja kehittämistyön tavoitteita (Seppälä-Järvelä 2004, 19-31). Tavoitteena on ollut tutkijan ja osallistujien oppiminen ja kehittyminen sekä heidän itseymmärryksen lisääntyminen (Kivipelto 2008, 29.)

Tutkimus- ja kehittämistyöhön osallistuvien itsearviointi ja kohdeyhteisön reflektiiviset keskustelut olivat tärkeimpiä arviointimenetelmiä tässä kehittämistyössä. Seppälä-Järvelän (2004) toteaaakin, että itsearviointi tuottaa työn kehittämisessä välittömämmin hyödynnettävää tietoa. Kehittämistyön arviointiin ovat osallistuneet Oys:n tupakkahoitajat ja hoitohenkilökunta, Perusterveydenhuollon yksikön terveyden edistämisen henkilökunta sekä kehittämistyötä ohjaavat opettajat.

### 8.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa pohditaan sitä kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, 612). Luotettavuuden arviointi etnografisessa tutkimuksessa koskee yleensä tutkijan ja tutkittavien vuorovaikutusta, aineiston laatua ja analyysiä sekä tulosten ja johtopäätösten esittämistä. Tutkimusta tehdessäni olen huomionut hyvän tieteellisen käytännön periaatteet ja ne ovat ohjanneet työskentelyäni koko prosessin ajan.

Etnografiselle lähestymistavalle tyypilliseen tapaan lähdin liikkeelle väljällä tutkimussuunnitelmalla, joka tarkentui prosessin edetessä (Vuorinen 2005, 65). Ideana oli tarkastella tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman avoimesti. Tutkimukseen valittiin osallistujiksi ne henkilöt, joilla oli eniten tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, 611.) Tutkimukseen osallistuminen perustui osallistujien vapaaehtoisuuteen.

Tutkimuskenttä sijaitsi tutkijalle kulttuurisesti tutussa ympäristössä, jonka koen vahvuudeksi tässä tutkimuksessa. Olen työskennellyt sairaanhoitajana Oys:ssa lähes 14 vuotta, joten sairaalan ympäristö, fyysiset tilat, käytännöt ja arki työ oli minulle tuttua. Tiesin siis jo jotain tutkittavasta ilmiöstä ennen tutkimusprosessin käynnistymistä.

Tutkimuksen uskottavuutta vahvistettiin toistuvilla kenttäkontakteilla sekä käyttämällä erilaisia aineistonkeruumenetelmiä. Tässä kehittämistyössä toteutuu aineistotriangulaatio, koska kehittämistyössä on yhdistetty sekä laadullisia että määrällisiä aineistoja (Lauri & Kyngäs 2005, 64). Mielestäni aineiston moninaisuus oli tutkimukselle rikkaus. Kun tutkimuksen analyysivaiheessa aineistosta nousevat näkemykset ja käsitteet toistuivat, niin aineisto alkoi kylläntyä eli sain tutkijana ilmiöstä esille kaiken oleellisen tiedon. (Nikkonen ym. 2003, 72-73.) Tutkijana olen pyrkinyt tarkasti kirjoittamaan ja kuvaamaan tutkimuksen toteuttamista ja etenemistä, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi 2007, 226-227.)

Verkostopalavereihin ja kyselytutkimukseen osallistuneiden määrä olisi voinut olla suurempi. Verkostopalavereihin osallistui vain 3-4 hoitajaa ja kyselyn vastausprosentti oli 23%. Tämä saattaa heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Toisaalta tiedonantajat olivat

kuitenkin ilmiön suhteen oikea kohderyhmä ja heiltä saatiin luotettavaa tietoa. Tutkimustulokset on pyritty esittämään mahdollisimman avoimesti ja tarkasti, kuitenkin huomioiden tutkimukseen osallistuvien anonymiteetti. Tutkimustuloksia voidaan pitää suuntaa antavina.

Tupakointi ja savuttomuuden edistämisen sairaalassa on aiheena merkittävä niin yksilö, yhteisö kuin yhteiskunta tasollakin. Tämän tutkimus – ja kehittämistyön aihe on edelleen yhtä ajankohtainen ja tarpeellinen kuin tutkimusprosessin alussakin.

#### **8.4 Terveyden edistämisen eettisyys**

Terveydenhuollossa eettiset kysymykset tulevat konkreettiseksi ja käytännölliseksi, kun on kysymys terveydestä ja sairaudesta, syntymästä ja kuolemasta, hyvästä elämästä sekä ihmisen haavoittuvuudesta ja rajallisuudesta (ETENE 2001, 4). Ihmisen yksilöllisyys, erilaiset elämäntavat ja muutokset elämässä sekä lisääntynyt yhteiskunnallinen epävarmuus nostavat esille myös eettisiä kysymyksiä (Hirvonen, Koponen & Hakulinen 2008, 55). Joudutaan pohtimaan arvoja, ihanteita ja periaatteita sekä miettimään mikä on hyvää ja pahaa, oikeaa ja väärää (ETENE 2001, 4). Terveydenhuollon ammattilaisten tulee olla sensitiivisiä asiakkaana olevan ihmisen elämäntilanteelle ja kunnioitettava hänen elämänhistoriaansa sekä pyrittävä neuvottelevaan ja keskustelemaan työotteeseen. Heidän tulee pohtia miten toteutuu asiakkaan oikeudet kuten itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, yksityisyys, luottamuksellisuus, riittävä tiedonsaanti sekä suojelu haitalta (Kylmä, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2008, 63-65).

Terveyden eriarvoisuuden kasvu on yksi terveydenhuollon etiikan ongelmakohdista (Lehto 2008, 18). Terveyden eriarvoisuuden taustalla on aineellisten ja kulttuuristen resurssien epätasainen jakautuminen väestössä. Väestöryhmien välisiä terveyseroja pidetäänkin eriarvoisuuden ilmentyminä. Terveyserojen kaventaminen on tärkeää niin eettisistä, kansanterveydellisistä kuin työvoimapolitiittisista syistä sekä myös syrjäytymisen ehkäisemisen ja palvelujen riittävyyden takaamisen kannalta. Terveyden eriarvoisuutta voidaan vähentää vaikuttamalla rakenteellisiin tekijöihin ja ihmisen käyttäytymiseen. (Koskinen 2008, 24-28.) Väestöryhmien väliset terveyserot näyttäytyvät juuri terveyteen liittyvissä riskitekijöissä sekä sairauksien esiintyvyydessä ja kuolleisuudessa (Hirvonen ym. 2008, 53).



Terveyden huollossa on yleensä totuttu ottamaan ohjat käsiin asiantuntijan varmuudella eikä ihmisen omaa tahtoa ole aina kyselty. Terveyden edistämistyössä on kuitenkin tiedostettava ihmisten omat toiveet ja tarpeet kysymällä niitä sekä jättämällä myös tilaa ihmisen omalle päätöksenteolle. Tyypillisiä tilanteita ovat terveystottumuksiin liittyvät kysymykset ja tilanteet. Terveydenhuollon henkilöstön ammattietiikkaan kuuluu kertoa esimerkiksi tupakan terveyshaitoista sekä tarvittaessa tukea tupakoivaa lopettamispäätöksessään. Terveydenhuollon henkilöstön näkemys ja huolen ilmaisu on tärkeää ja sen sanomatta jättäminen voidaan nähdä epäeettisenä. (Vertio 2003, 142.) Kun puhutaan nautintoaineista, jotka eivät ole ihmisille välttämättömiä mutta vaarantavat hänen terveyttään, on katsottu eettisesti perustelluksi ottaa käyttöön rajoituskeinoja. Esimerkiksi tupakoinnin ja alkoholin käytön kuluttamisen vapaus on säilytetty, mutta erilaisilla markkinointia säätelevillä toimilla on pyritty vähentämään kulutusta. (Lehto 2008, 17.) Katainen (2011) toteaa väitöskirjassaan, että tupakoinnin kieltäminen on kaikista siihen liittyvistä hyvistä aikomuksista ja terveyshyödyistä riippumatta puuttumista henkilön yksityisyyteen ja itsemääräämisoikeuteen. Terveyden edistämistyön tulee yhä enemmän perustua asiakkaaseen, asiakkaan ja hoitohenkilöstön vuorovaikutukseen ja yhteistyösuhteeseen sekä yksilöllisten ratkaisujen pohdintaan. Toiminnan lähtökohtana tulee olla monipuolinen tieto yksilön ja yhteisön valitsevista olosuhteista sekä erilaisista toimintamalleista. (Hirvonen ym. 2008, 56.)

Terveystottumusten kuten tupakoinnin lopettamisen puheeksi ottaminen, potilaan tukeminen ja tarvittaessa eteenpäin ohjaaminen ovat esimerkki käytännön terveydenedistämistyöstä. Keskustelu ja tieto terveysriskeistä sekä hyödyllisistä terveystavoista on tärkeä perusta, joka mahdollistaa yksilön toimimisen oman terveytensä edistämiseksi. (Lehtinen ym. 2010, 7-8.)

## 9 JATKOKEHITTÄMISHAASTEET

Tutkimuksen myötä saatiin tärkeää tietoa tupakkahoitajaverkoston nykytilasta ja kehittämistarpeista sekä hoitohenkilökunnan tupakasta vieroitustyön valmiuksista ja osaamisesta. Tulosten pohjalta laadittiin ehdotus tupakasta vieroituksen yhdyshenkilöiden toiminnasta ja tehtävistä. Tutkimuksen myötä käsitys myös siitä miten potilaan savuttomuuden polku hoitomallin mukainen tupakasta vieroitustyö toteutuu OYS:ssa. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoitopiirin savuttomuuden edistämistyön suunnittelussa ja kehittämisessä sekä koulutuksissa. Tutkimustuloksia on jo hyödynnetty sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen toimintasuunnitelman laatimisessa sekä savuton sairaala toimintaohjeen päivittämisessä.

Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää potilaiden tupakointistatuksen kirjaamiskäytäntöä hyödyntäen potilaskertomuksia ja hoitosuunnitelmatekstejä. Olisi tärkeää selvittää miten ja minne kirjataan ja kuinka yleistä potilaan tupakkastatuksen kirjaaminen yleensä on. Tulosten pohjalta voitaisiin kehittää tupakointistatuksen kirjaamiskäytäntöä ja luoda yhtenäinen tapa kirjata sähköiseen potilaskertomukseen. Toinen aiheellinen kehittämiskohde olisi erikoissairaanhoidon ja perusterveyden nivelvaiheen yhteistyön tehostaminen, kun ohjataan ja tuetaan potilasta tupakoinnin lopettamisessa sekä autetaan hakeutumaan jatkohoitoon.

## LÄHTEET

- Aaltola, J. Valli, R. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. PS Juva: Kustannus.
- Absetz, P & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Duodecim 2011;127, 2265-2272.
- Ahlsten, M. 2012. Uusi perusterveydenhuollon yksikkö koordinoi, tukee, kouluttaa, suunnittelee ja verkottaa. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Pohjan piiri 1/2012, 5-7.
- Aira, M. 2005. Laadullisen tutkimuksen arviointi. Duodecim 2005: 121; 1073-1077.
- Benowitz, N. 2010. Nicotine addiction. The New England journal of medicine. 2010 June 17; 362(24):2295-2303
- Broms, U. Korhonen, T. Salminen, O. Pennanen, M & Kaprio, J. 2012. Nikotiiniriippuvuus on moniulotteinen sairaus. Teoksessa Heloma, A. Ollila, H. Danielsson, P. Sandström, P & Vakkuri, J. (toim.) Kohti savutonta Suomea. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere, Tampereen yliopistopaino Oy.
- Ekblad, M. 2013. Smoking during pregnancy and fetal brain development. Turun yliopisto. Turku. Väitöskirja
- ETENE. 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Helsinki. ETENE-julkaisuja I .
- Finlex. Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Hakupäiviä 2.5.2014.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Finlex. Kansanterveyslaki 66/1972. Hakupäivä 2.5.2014.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1972/19720066>

Finlex. Tupakkalaki 22.11.2011/1438. Hakupäivä 2.1.2012

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1976/19760693>

Hallman-Keiskoski, M & Puolakka, J. 2005. Erikoissairaanhoito terveyden edistämisen tiellä. Suomen lääkärilehti 20/2005 (60), 2241-2245.

Heikkinen, H. Rovio, E. Syrjälä, L. 2006. Toiminnasta tietoon. Vantaa: Dark Oy,

Helldan, A. Helakorpi, S. Virtanen, S & Uutela, A. 2013. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Raportti 21/2013.

Helakorpi, S. Raisamo, S. Holstila, AL. Heloma, A. 2012. Tupakointi Suomessa. Teoksessa Heloma, A. Ollila, H. Danielsson, P. Sandström, P. Vakkuri, J (toim.) Kohti savutonta Suomea, 11-12.

Hirsjärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirvonen, E. Koponen, P & Hakulinen, T. 2008. Yksilö, perhe ja yhteisö muutoksessa: näkökohtia terveyteen. Teoksessa Pietilä, A-M. Hakulinen, T. Hirvonen, E. Koponen, P. Salminen, E-M & Sirola, K. Terveyden edistäminen, uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 35-61.

Holloway, I & Todres, L. 2005 Ethnography. Teoksessa Gerrish, K & Lacey, A. The research process in nursing. Fifth edition. Blackwell Publishing, 208-223

Honkasalo, M-L. 2008. Etnografia terveyden, sairauden ja terveydenhuollon tutkimuksessa. Sosiaalilääketieteen aikakauslehti 2008: 45, 4-17.

Huovinen, M. 2004. Tupakka. Helsinki. Duodecim.

Innokylä, Learning cafe eli oppimiskahvila. Hakupäivä 14.4.2014  
<https://www.innokyla.fi/web/malli109421>

Janhonen, S. Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Jha, P & Peto, R. 2014. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. New England journal of medicine. 2014; 370, 60-68.

Juustila, T. 2009. "Savuisin silmin" – Tupakoinnin puheeksi ottaminen optikon työssä. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö YAMK.

Jyrkkö, S. Boström, P & Minn, H. 2012. Tupakointi ja syöpä – mitä hyötyä lopettamisesta. Duodecim 2012; 128: 1081-1087.

Katainen, A. 2011. Tupakka, luokka ja terveyskäyttäytymisen ongelma. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja

Kentala, J. 2007. Smoking Prevention in Oral Health Care. Tampereen yliopisto. Väitöskirja

Kiiskinen, U. Vehko, T. Matikainen, K. Natunen, S & Aromaa, A. 2008. Terveystieteiden edistämisen mahdollisuudet; Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Helsinki

Kinnunen, J. Lindfors, P. Pere. L. Ollila, H. Samposalo, H & Rimpelä, A. 2013. Nuorten terveystapatutkimus 2013; Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977-2013. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:16.

Kivipelto, M. 2008. Osallistava ja valtaistava arviointi. Stakesin työpapereita 17/2008.

Kokko, R-T. 2006. Tulevaisuuden muistelu – ennakointi dialogit asiakkaiden kokemina. Stakes, Helsinki 2006.

Koponen, P. Hakulinen, T & Pietilä A-M. 2008. Asiakas ja terveysterveyst. Teoksessa Pietilä, A-M. Hakulinen, T. Hirvonen, E. Koponen, P. Salminen, E-M & Sirola, K. Terveysten edistämisen, uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 84.

Korhonen, R. 2012. Savuton Turku 2015 – Tupakan ryhmävieroitusmalli perusterveydenhuoltoon. Turun Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö YAMK.

Koskinen, S. 2008. Terveysten eriarvoisuus ja terveysten edistämisen keinot. Teoksessa; Terveysten edistämisen eettiset haasteet. Etenen julkaisuja 19, 24-29.

Kylmä, J. Pietilä, A-M & Vehviläinen-Julkunen, K. 2008. Terveysten edistämisen etiikan lähtökohtia. Teoksessa Pietilä, A-M. Hakulinen, T. Hirvonen, E. Koponen, P. Salminen, E-M & Sirola, K. Terveysten edistämisen, uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 62-76.

Kylmä, J. Vehviläinen-Julkunen, K & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? Duodecim 2003; 119: 609-615.

Kyrö, A. Elomaa, V-V & Lehtinen, V. 2013. Ortopedisten ja traumatologisten potilaitten vieroittaminen tupakoinnista Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymässä. Suomen Ortopedia ja Traumatologia 2013/36, 250-254.

Käypä hoito-suositus. 2006. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot.

Lappalainen, S. Johdanto. 2007. Teoksessa Lappalainen, S. Hynninen, P. Kankkunen, T. Lahelma, E & Tolonen, T. (toim.) Etnografia metodologiana lähtökohtana koulutuksen tutkimus. Tampere: Vastapaino, 11.

Latvala, E. Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi; sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S. Nikkonen, M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 23-24.

Lehtinen, N. Kulmala, J. Rigoff, A.M & Ståhl, T. 2010. Terveysneuvonnan toteutuminen ja haasteet Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Tampere. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 6/2010.

Lehto, M. 2008. Ehkäisevä terveydenhuolto ja etiikka. Teoksessa; Terveiden edistämisen eettiset haasteet. Etene-julkaisuja 19, 16-18.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Helsinki: International Methelp KY

Munafo, M. Rigotti, N. Lancaster, T. Stead, L & Murphy, M. 2001. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients: a systematic review. Thorax 56: 656-663.

Mustonen, T. 2004. Tupakkariippuvuuden neurobiologinen tausta. Duodecim 120, 145-152.

Mäntymaa, J. 2010. Tupakkavieroitus käytäntöön – hoitopolkuehdotus terveydenhuoltoon. Suomen lääkäri 4 (65), 297.

Nikkonen, M. Janhonen, S & Juntunen, A. 2003. Hoitokulttuurin tutkimuksesta: Etnografia hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Janhonen, S & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 44-80.

Ollila, H. Patja, K. Broms, U. Korhonen, T. Haukkala, A. Kaprio, J. 2012. Tupakoinnin lopettaminen Suomessa 1997-2007. Suomen lääkäri 67 (48), 3569-3576.

Paavola, M. 2006. Smoking from Adolescence to Adulthood. A 15-year Follow-up of the North Karelia Youth Project. Helsinki. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 16/2006.

Patja, K. Iivonen, K. Aatela, E. 2005. Pystyt kyllä eroon tupakasta. Helsinki. Duodecim

Paunonen, M. Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Pekurinen, M. 2008. Millaisin eri keinoin voidaan vaikuttaa terveyteen, ja millaisin seurauksin? Teoksessa; Terveyden edistämisen eettiset haasteet. Etene-julkaisuja 19, 42.

Pietinalho, A. Tupakoinnin haitat ja savuttomuuden hyödyt. Suomen lääkärilehti 46/2003 vsk 58, 4701-4704.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Henkilöstökertomus 2012.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Perusterveydenhuollon yksikön tehtävät. Hakupäivä 19.3.2014 <https://www.ppsHP.fi/pth/tehtavat>

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2011. Potilaan savuttomuuden polku. Hakupäiviä 18.3.2014 <https://www.ppsHP.fi/pth/prosessit>

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Savuton sairaala-toimintaohje Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. 2012.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Strategia 2010-2015. Tavoitteena terveyttä.

Puirava, L. 2011. Savuttomuuden edistäminen Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Projektisuunnitelma.

Reijula, K. 2012. Tupakoinnin vähentämisestä lopettamiseen – tavoitteena savuton Suomi vuonna 2040. Duodecim 2012; 128: 1063-1064.

Roper, J.M. Shapira, J. 2000. Ethnography in nursing research. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.

Sorvari, M. Laivisto, V & Pylkkänen, L. 2013. Osa III: Faktaa nuuskasta. Teoksessa Salomäki, S-M & Tuisku, J. Nuuskaa nuorten maailmassa; Nuorten käsityksiä ja kokemuksia nuuskasta ja nuuskan käytöstä. Helsinki. Aldus Oy, 70-74.

Savola, E. & Koskinen-Ollongvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja-sarja 3/2005



Sauvonsaari, M. 2012. Savuttomuuden edistäminen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Turun ammattikorkeakoulu. Terveiden edistämisen koulutusohjelma. Opinnäyetyö

Seikkula, J. Arnkil, T. 2005. Dialoginen verkostotyö. Tampere 2005.

Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuhteissa. Opas käytäntöihin. Stakes, Arviointiraportteja 4/2004.

Simonen, O. 2012. Tupakoinnin haitat ja lopettamisen hyödyt kansanterveyden kannalta. Duodecim 128 (10),1055-1057

Smith, BJ. Tang, KC & Nutbeam, D. 2006. WHO Health Promotion Glossary: new terms. Health Promotion International 21 (4), 340-345.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Esitteitä 2001:8. Terveys-2015 kansanterveysohjelma.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Terveiden edistämisen laatusuositus.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Tupakkalainsäädäntö perusteluaineistoinen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:11. Tampere

Stead, LF. Bergson, G & Lancaster, T. 2008. Physician advice for smoking cessation.

Hakupäivä 18.3.2014

<http://www.thecochranelibrary.com/SpringboardWebApp/userfiles/ccoch/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD000165.pdf>

Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry. 2013. Etusivu. Hakupäivä 15.3.2014 <http://www.stes-hsf.fi/>

Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry. 2009. Tarkoitus. Hakupäivä 18.3.2014 <http://www.stes-hsf.fi/suomi/perustietoa-yhdistyksesta/tarkoitus>

Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry. 2009. Toiminnan lähtökohdat. Hakupäivä 18.3.2014 <http://www.stes-hsf.fi/suomi/perustietoa-yhdistyksesta/toiminnan-lahtokohdat>

Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry. 2009. Ohjeet ja työkalut. Hakupäivä 15.3.2014 <http://www.stes-hsf.fi/uploads/ohjeet-ja-tyokalut/Terveystamamisen-standardit-suomi-2006-10-10.pdf>

Terveystamamisen politiikkaohjelma. 2007.

Tuomaala, E. 2006. Verkossa kohti savutonta elämää. Kansanterveys 1/2006.

Varis, T & Virtanen, S. 2013. Tupakkatilasto 2012. Helsinki: Terveystam ja hyvinvoinnin laitos, tilastoraportti 27/2013.

Vertio, H. 2003. Terveystam. Jyväskylä: Tammi.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Tammi

Vitikainen, K. Pakurinen, M & Kiiskinen, U. 2006. Onko tupakoinnin lopettaminen kannattavaa? Suomen Lääkärilehti 27-31/2006 (61), 2985-2989.

Vitikainen, K. Pakurinen, M. Kiiskinen, U & Mikkola, H-M. 2006. Kannattaako tupakoinnin lopettaminen? Stakesin raportteja 1/2006.

Vuorinen, K. 2005. Etnografia. Teoksessa Ovaska, S., Aula, A. & Majaranta, P. (toim.) Käytettävyydestutkimuksen menetelmät, 63-78. Tampereen yliopisto, Tietojenkäsittelytieteiden laitos B-2005-1.

Winell, K. Aira, M. Vilkman, S. 2012. Näin tuen tupakoinnin lopettamista. Suomen lääkäri. 48/2012, 3566.

Winell, K & Lehto, S. 2012. Tupakasta vieroituksen palvelut ajan vaatimusten mukaiseksi. Duodecim 2012;128:1059-1060

Österman, P. 2012. Sepelvaltimotautipotilaan savuttomuusohjaus ja hoidon laatu potilaan näkökulmasta terveyskeskuksissa. Itä-Suomen yliopisto. Lääketieteenlaitos. Terveystieteiden laitos, Kansanterveystiede. Pro-Gradu tutkielma.



## LIITTEET

### LIITE 1 OPINNÄYTETYÖN AIHETTA TUKEVAT ASIAKIRJAT JA OHJELMAT

Asiakirjan/ohjelman nimi	Asiakirjan/ohjelman opinnäytetyön aihetta tukevat tavoitteet
<b>The World Health Organization's Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC).</b> Tupakkasopimus tutuksi – Tupakoinnin torjuntaa koskeva puitesopimus. 2011. Sosiaali-ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2011:3.	<p>Tupakoinnin torjuntaa koskeva puitesopimus (WHO FCTC) on ensimmäinen kansanterveyteen keskittyvä kansainvälinen valtiotasopimus. Se asettaa maailmanlaajuiset periaatteet tupakkatuotteiden käytön ja haittojen vähentämiseksi. Sopimus hyväksyttiin vuonna 2003, ja Suomea sitovaksi se tuli vuonna 2005.</p> <p>Tavoitteet:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-suojella nykyisiä ja tulevia sukupolvia tupakoinnin ja tupakan-savulle altistumisen terveydelle, yhteiskunnalle, taloudelle ja ympäristölle aiheutuvilta haitoilta.</li><li>-laatia yhteinen perusta tupakoinnin torjuntaa koskeville kansallisille, alueellisille ja kansainvälisille toimenpiteille, joilla suojellaan ihmisiä ympäristön tupakansavulle altistumiselta, torjutaan tupakkatuotteiden käytön aloittamista, edistetään lopettamista ja vähennetään tupakointia.</li></ul> <p>Puitesopimus velvoittaa osapuolia suojelemaan ihmisiä tupakan-savulle altistumiselta, sääntelemään tupakkatuotteiden sisältöä, tuotetietojen antamista sekä pakkausmerkintöjä. Tupakkatuotteiden kysynnän vähentämiseksi tulee tarjota koulutusta, tietoa ja tukea tupakoinnin lopettamiseksi. Sopimus kieltää tupakkatuot-</p>

	teiden myynnin alaikäisille sekä tupakan mainonnan. Valtioita kannustetaan toteuttamaan myös sopimusta pidemmälle meneviä toimenpiteitä esimerkiksi vero- ja hintapolitiikan osalta.
<b>Terveys 2015 – kansanterveysohjelma.</b> 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki	<p>Terveys 2015 – kansanterveysohjelma linjaa Suomen terveystoimintaa seuraavien 15 vuoden ajan. Se pohjautuu Maailman terveysjärjestön WHO:n Terveysta kaikille – ohjelmaan. Ohjelma pyrkii terveyden tukemiseen ja edistämiseen kaikilla yhteiskunnan osa-alueilla. Ohjelma sisältää yhteensä kahdeksan kansanterveyttä koskevaa tavoitetta.</p> <p>Ikäryhmittäiset tavoitteet:</p> <p>2. Nuorten tupakointi vähenee siten, että vain joka kymmenes 16-18-vuotias tupakoi.</p> <p>Kaikille yhteiset tavoitteet:</p> <p>6. Suomalainen voi odottaa elävänsä terveenä keskimäärin kaksi vuotta kauemmin kuin vuonna 2000.</p> <p>8. Tavoitteisiin pyritään myös siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat. Tavoitteena on sukupuolten, eri koulutusryhmien ja ammattiryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentyminen viidenneksellä.</p>
<b>Terveyden edistämisen politiikkaohjelma.</b> 2007. Hakupäivä 10.1.2014. <a href="http://valtioneuvosto.fi/tietoarkisto/politiikkaohjelmat-2007-2011/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf">http://valtioneuvosto.fi/tietoarkisto/politiikkaohjelmat-2007-2011/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf</a>	Terveyden edistämisen politiikkaohjelman keskeinen tehtävä on edesauttaa ja vahvistaa terveysnäkökohtien ottamista huomioon yhteiskunnallisessa päätöksen teossa ja palvelujärjestelmässä yli

	<p>hallintorajojen. Ohjelman tavoitteena on väestön terveydentilan parantuminen ja terveyserojen kaventuminen.</p> <p>Tavoitteet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-terveyden edistämisen rakenteiden vahvistaminen</li> <li>-kansansairauksien ehkäisyyn vaikuttavien elintapamuutosten aikaansaaminen</li> <li>-terveitä elämäntapa-valintoja edistävien työ- ja elinolosuhteiden kehittäminen</li> </ul> <p>Terveyden edistämisen politiikka ohjelma tukee myös Terveys 2015-kansanterveysohjelman tavoitteita.</p>
<p><b>Lasten ja nuorten tupakoimattomuuden edistäminen. Yhteinen vastuamme. Toimintasuositukset lasten ja nuorten tupakoimattomuuden edistämiseksi Suomessa vuosina 2010-2013.</b> Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:58. Helsinki.</p>	<p>Asiakirja sisältää suositukset lasten ja nuorten tupakoimattomuuden edistämiseksi Suomessa. Tarkoituksena on suojella lapsia ja nuoria tupakkatuotteiden käytöltä ja niiden haitoilta sekä antaa työvälineitä lasten ja nuorten kanssa tehtävään terveyttä edistävään työhön</p> <p>Tavoitteet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-nuorten tupakoinnin väheneminen</li> <li>-nuorten hyvinvoinnin lisääminen sekä terveydentilan paraneminen</li> </ul>
<p><b>Terveyden edistämisen laatusuositus.</b>2006. Helsinki. Sosiaali-ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19</p>	<p>Terveyden edistämisen laatusuosituksen tarkoituksena on jäsentää terveyden edistämisen laajaa toimintakenttää sekä tukea kuntien laadunhallintatyötä. Laatusuositus tukee osaltaan Terveys 2015 –ohjelman toteutusta kunnissa. Se auttaa kuntia ja kuntayhtymiä tehokkaiden toimintakäytäntöjen kehittämisessä, suunnitte-</p>

	<p>lussa ja toiminnan arvioinnissa. Suosituksissa korostuvat terveyden edistämisen johtaminen, toiminnan suunnittelu ja toteutus, yhteistyö ja työjako sekä terveyttä edistävän toiminnan ja osamisen arviointi.</p> <p>Tavoitteena on, että väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen nostetaan kunnissa yhdeksi keskeisimmäksi tehtäväksi.</p>
<p><b>Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2012-2015. 2012.</b> Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1</p>	<p>Valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste), jossa esitellään alan uudistustyön tavoitteet ja toimenpiteet niiden saavuttamiseksi. Ohjelmassa esitellään myös tavoitteiden saavuttamista tukevat keskeiset lainsäädäntöhankkeet, ohjelmat, suositukset ja valvonnan painopisteet alueet.</p> <p>Kaste-ohjelma tavoitteet</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen</li> <li>II. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti</li> </ol> <p>Painopistettä siirretään ongelmalähtöisyydestä kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen ja ongelmien ehkäisyyn koko väestössä.</p>
<p><b>Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. 2008.</b> Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16.</p>	<p>Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa esitellään käytännön toimintalinjat sosioekonomisten terveyserojen vähentämiselle. Ohjelma kytkeytyy tiiviisti hallituksen Terveyden edistämisen politiikkaohjelmaan.</p>



	<p>Tavoitteena on, että sosioekonomisten väestöryhmien väliset erot työ- ja toimintakyvyssä, koetussa terveydessä, sairastuvuudessa ja kuolleisuudessa vähenee.</p>
<p><b>Pidämme huolta itsestämme, toisistamme ja ympäristöstämme. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelma 2008-2017.</b> Pohjois-Pohjanmaan liitto. Hakupäivä 10.12.2014. <a href="http://www.pohjois-pohjanmaa.fi/file.php?91">www.pohjois-pohjanmaa.fi/file.php?91</a></p>	<p>Hyvinvointiohjelma on maakunnallinen 10 vuoden ohjelma, jonka päämääränä on laajentaa ja selkiyttää yhteistyötä kaikkien maakunnan hyvinvointitoimijoiden kanssa.</p> <p>Strategiset päämäärät ovat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ihmisillä on hyvä terveys ja toimintakyky elämänkaaren eri vaiheissa</li> <li>2. Ihmisten osallisuus ja yhteisöllisyys vahvistuvat ja syrjäytyminen vähenee</li> <li>3. Alueella on asiakaslähtöiset ja monitoimijaisia yhteistyöverkostoja hyödyntävät palveluratkaisut</li> <li>4. Hyvinvointialalla on toimivat markkinat ja innovatiivinen kehitysympäristö</li> <li>5. Alueella on huippuluokan osaamista ja ammattiosaajien saatavuus on turvattu</li> </ol> <p>Tavoitteena on, että pidämme huolta itsestämme, toisistamme ja ympäristöstämme sekä olemme edelläkävijöitä ihmisen hyvinvoinnin toteutumisessa.</p>

## Terveyden edistäminen Ppshp:ssä

### 1. Toimipaikka

- ☐ Lapset ja naiset
- ☐ Medisiininen
- ☐ Operatiivinen
- ☐ Psykiatria

### 2. Työyksikkö

- ☐ Vuodeosasto
- ☐ Poliklinikka
- ☐ Toimenpideyksikkö
- ☐ Teho
- ☐ Leikkausosasto

### 3. Pääasiallinen potilasryhmä

- ☐ Aikuiset
- ☐ Lapset

### 4. Ikä

---

### 5. Mihin ammattiryhmään kuulut?

- ☐ Lääkäri
- ☐ Sairaanhoitaja / kätilö
- ☐ Nimikesuojattu (esim. lähihoitaja, lääkintävahtimestari, mielisairaanhoitaja)
- ☐ Fysioterapeutti
- ☐ Erityistyöntekijä (Sosiaalityöntekijä, psykologi, ravitsemusterapeutti, jne..)
- ☐ Muu ammattiryhmä, mikä?

---

6. Oletko esimiestehtävässä?

- ☐ Ei
- ☐ Kyllä

7. Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä?

	Täysin mieltä	eri Jokseenkin mieltä	eri Jokseenkin mieltä	samaa Täysin mieltä	samaa
Alkoholinkäyttö on potilaan yksityisasia enkä puutu siihen, ellei se liity tulosityhyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Alkoholinkäyttö on potilaasta itsestään kiinni enkä usko, että voin vaikuttaa asiaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tupakointi on potilaan yksityisasia enkä puutu siihen, ellei se liity tulosityhyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tupakointi on potilaasta itsestään kiinni enkä usko, että voin vaikuttaa asiaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lihavuus on potilaan yksityisasia enkä puutu siihen, ellei se liity tulosityhyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Laihtuminen ja painonhallinta ovat potilaasta itsestään kiinni enkä usko että voin vaikuttaa asiaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hoidamme potilasta emmekä voi vaikuttaa perheen selviytymiseen potilaan hoidossaolon aikana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

8. Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä?

	Täysin mästi	riittämättö- mästi	Jokseenkin tömästi	riittämät- tävästi	Jokseenkin riit-	Täysin västi	riittä-
Minulla on tietoa potilaan motivoimisesta muutokseen	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
Minulla on tietoa alkoholin vaikutuksista	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
Minulla on valmiudet alkoholin riskikäytön mittarin (AUDIT) käyttämiseen	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
Minulla on tietoa alkoholin riskikäyttäjän lyhyt-neuvonnasta	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	

Minulla on tietoa tupakoinnin vaikutuksista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulla on tietoa aloittaa potilaan tupakasta vieroittaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulla on tietoa tupakasta vieroituksen palveluista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulla on tietoa ohjata potilaan nikotiinikorvaushoitoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulla on tietoa potilaan tupakasta vieroituksessa auttavasta lääkehoidosta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulla on tietoa lihavuuden vaikutuksista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulla on valmiudet potilaan masennuksen tunnistamiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulla on tietoa masentuneen potilaan tukemiseksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulla on tietoa tunnistaa perheen tuen tarve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulla on valmiuksia tukea perhettä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä?

	Täysin mieltä	eri mieltä	Jokseenkin mieltä	Jokseenkin mieltä	samaa mieltä	Täysin samaa
Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan alkoholinkäytön, vaikka se liittyy tulosyyhyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan alkoholinkäytön, kun se ei liity tulosyyhyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan tupakoinnin, vaikka se liittyy tulosyyhyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan tupakoinnin, kun se ei liity tulosyyhyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan lihavuuden, vaikka se liittyy tulosyyhyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan lihavuuden, kun se ei liity tulosyyhyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan masennuksen, vaikka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

se liittyy tulosityhyn

Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan masennuksen, kun se ei liity tulosityhyn

Koen vaikeaksi ottaa puheeksi potilaan perhetilanteen

# 10. Miten toimit seuraavissa tilanteissa

	En koskaan / hyvin harvoin	Satunnaisesti	Usein	Yleensä aina
Kun kartoitan potilaan alkoholinkäyttöä, käytän AUDIT-lomakkeen kysymyksiä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kun huomaan, että potilas käyttää runsaasti alkoholia, keskustelen siitä hänen kanssaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kun huomaan, että potilas käyttää runsaasti alkoholia, motivoin häntä jatkohoittoon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kun huomaan, että potilas tupakoi, keskustelen siitä hänen kanssaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kun huomaan, että potilas tupakoi, tarjoan hänelle vieroitushoitoa hoidon aikana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kun huomaan, että potilas tupakoi, tarjoan hänelle keskustelumahdollisuuden tupakoinnin lopettamisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kun potilas käyttää tupakkatuotteita, kartoitan tupakointitapaa, määrää ja kesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirjaan potilaan askivuodet potilaskertomusjärjestelmään	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kartoitan potilaan nikotiiniriippuvuuden Fagerströmin testillä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kun tupakoiva potilas on sairaalassa, tarjoan hänelle maksuttoman nikotiinikorvaushoidon sairaalassaolajalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kun huomaan potilaan olevan lihava, kerron hänelle siihen liittyvistä riskeistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kun huomaan potilaan olevan lihava, tarjoan hänelle mahdollisuutta ravitsemusohjaukseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kun huomaan perheen tuen tarpeen, keskustelen siitä heidän kanssaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kun huomaan potilaan sairaalassaolon aiheuttavan ongelmia perheen arjessa selviytymisessä, puutun tilanteeseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kun huomaan potilaan olevan masentunut, keskustelen siitä hänen kanssaan ☐ ☐ ☐ ☐

**11. Kenelle seuraavat asiat **ensisijaisesti** kuuluvat oman kokemuksesi mukaan?**

	Ei kuulu sairaan	Eriytyistyöntekijälle (esim. sosiaalityöntekijä, psykiatri, ravitsemusterapeutti)	Hoitajalle	Lääkärille	Kaikille potilastyötä tekeville
Alkoholin riskikulutuksen toteaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkoholin riskikäyttäjän lyhyt neuvonta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkoholiriippuvuuden tunnistaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lihavuuden tunnistaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lihavuuden puheeksi ottaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tupakointitottumusten kartoittaminen ja kirjaaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nikotiiniriippuvuuden tunnistaminen ja vieroitushoidon ohjaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Masennuksen tunnistaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perheen tuen tarpeen tunnistaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lapset puheeksi työmenetelmä kun potilaalla alaikäisiä lapsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liikkumistietojen kartoitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilaan vajaaravitsemuksen riskin seulonta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilaan toiminta- ja työkyvyn arviointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**12. Minkä verran seuraavia asioita tulisi omassa työympäristössäsi parantaa, jotta sinulla olisi paremmat edellytykset ottaa puheeksi potilaan kanssa muita kuin tulosityhyn liittyviä tekijöitä (päätteet, elintavat, mielenterveys, perheiden tukeminen)?**

Vaatii paljon parannusta      Vaatii hieman parannusta      On melko hyvin kunnoissa      On hyvin kunnoissa

Johdon tuki ja sitoutuminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oman esimiehen tuki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteinen toimintamalli, jonka mukaan kaikki toimivat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enemmän aikaa potilaan kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mahdollisuus seurata tehdyn työn hyötyjä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilaiden informoiminen etukäteen asiasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oma osaaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**13.** Onko joitain muita asioita, joita pidät tärkeinä parantaa, jotta sinulla olisi hyvät edellytykset ottaa puheeksi yllä mainittuja asioita?

---



---



---

**14.** Mitä mieltä olet seuraavista tupakasta vieroitustyöhösi liittyvistä väittämistä?

	Täysin mieltä	eri mieltä	Jokseenkin mieltä	Jokseenkin mieltä	samaa mieltä	Täysin mieltä	samaa mieltä
Hyödynnän tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot käypähoitosuositusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hyödynnän sairaanhoitopiirin potilaan savuttomuuden polku-toimintamallia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hyödynnän potilaalle jaettavaa opasmateriaalia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hyödynnän sähköistä materiaalia esim. stumppi.fi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hyödynnän motivoiva haastattelu-menetelmää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muutama taustatieto lopuksi

**15.** Sukupuoli

- ☐ Mies
- ☐ Nainen

**16. Ikäluokka**

- ☐ 25 tai alle
- ☐ 26-35
- ☐ 36-45
- ☐ 46-55
- ☐ 56 tai yli

**17. Mikä on tavanomainen työaikamuotosi?**

- ☐ Säännöllinen päivättyö
- ☐ Kaksivuorotyö (ilman yövuoroja)
- ☐ Yövuoroja sisältävä vuorotyö (kolmivuorotyö)
- ☐ Säännöllinen yötyö
- ☐ Muu epäsäännöllinen työ

**18. Onko työsi**

- ☐ Koko-aikatyö
- ☐ Osa-aikatyö

**19. Onko työsuhteesi**

- ☐ Vakinainen
- ☐ Määräaikainen

**20. Vastuualue**

- ☐ 200
- ☐ 201
- ☐ 202
- ☐ 203
- ☐ 204
- ☐ 211



- ☐ 212
- ☐ 213
- ☐ 214
- ☐ 215
- ☐ 230
- ☐ 231
- ☐ 260
- ☐ 262
- ☐ 263

100% valmiina